

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS Barro Duro, Pelotas/RS.

David Augusto Caetano de Mello

Pelotas, 2015

David Augusto Caetano de Mello

Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS Barro Duro, Pelotas/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Maria Emilia Nunes Bueno

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M527m Mello, David Augusto Caetano de

Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS Barro Duro, Pelotas/RS /
David Augusto Caetano de Mello; Maria Emilia Nunes Bueno,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Bueno, Maria Emilia Nunes,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Muitas pessoas ajudaram para a realização deste trabalho. Nomear a todos é incabível, sob pena de ser injusto com um esquecimento.

Especialmente, à minha mãe e irmã, as quais me apoiaram durante toda a vida.

À minha orientadora, Maria Emília Nunes Bueno, a qual me deu compreensão e incentivo e prestou auxílio técnico para a elaboração do trabalho.

A toda equipe do Programa Mais Médicos e aos colegas da UBS Barro Duro, os quais propiciaram este trabalho.

Aos usuários, os quais são o meu motivo de trabalho.

À minha namorada, a qual acrescenta instigação e sustentáculo na minha vida.

Aos meus amigos, os quais me acompanham e alegram.

A todos, muito obrigado!

Resumo

MELLO, David Augusto Caetano de. **Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS Barro Duro, Pelotas/RS**. 2015. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Os idosos correspondem a 13,04% da população brasileira (BRASIL, 2010) e distinguem-se por ter várias características próprias do processo saúde-doença, bem como aspectos próprios relacionados à idade, patológicos – senilidade – e fisiológicos, com diminuição da reserva funcional - senescência (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define como porta de entrada dessa população a Atenção Básica, assim um Programa de Atenção à Pessoa Idosa deve fazer parte da rotina de uma Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, foi realizado um trabalho de intervenção na Unidade de Saúde do Barro Duro, Pelotas/RS, inicialmente previsto pelo período de 16 semanas e efetivamente realizado no período de 12 semanas devido a contratempos e necessidade de adequação da intervenção à rotina do serviço, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa. Utilizou-se para coleta, registro e cadastro ficha-espelho e planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 159 pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Obteve-se como resultados cobertura do Programa Saúde do Idoso em 16% dos 993 idosos pertencentes à área de abrangência da UBS Barro Duro; melhora da qualidade dos atendimentos, com realização da Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos, realização da primeira consulta odontológica em 86,8% dos idosos, entre outros indicadores de qualidade; melhora da adesão dos idosos ao acompanhamento médico, através da busca de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas; melhora dos registros, com manutenção de registro específico e distribuição da Caderneta da Pessoa Idosa para 100% dos idosos; melhora da avaliação de risco, por meio da avaliação de risco de morbimortalidade, da presença de indicadores de fragilização na velhice e da rede social em 100% dos idosos; melhora da promoção à saúde, garantindo orientação para prática regular de atividade física, nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre higiene bucal a 100% dos idosos. A partir dos resultados, pôde-se observar que a intervenção foi importante para qualificar o serviço prestado e aproximar à comunidade da equipe profissional ao melhorar a visão da população sobre os serviços de saúde e estimular os profissionais. Pretende-se o seguimento da intervenção como rotina da Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Barro Duro. Pelotas, 2015.....	63
Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde Barro Duro. Pelotas, 2015.....	67
Figura 3: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Barro Duro. Pelotas, 2015.....	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
DM -	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
FAU -	Fundação de Apoio Universitário
HAS -	Hipertensão Arterial Simultânea
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HGT -	Hemoglicoteste
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Estratégia da Família
PA -	Pressão arterial
REMUME -	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME -	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SQL -	Structured Query Language ou Linguagem de Consulta Estruturada
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBAI -	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
US -	Unidade de Saúde
VD -	Visita domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	81
Referências	84
Apêndices.....	85
Anexos	89

Apresentação

O presente trabalho trata de uma intervenção realizada na UBS Barro Duro de Pelotas/RS com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde do idoso. A primeira parte do volume visa aproximar o leitor da realidade a ser trabalhada, fazendo uma análise situacional, através do fornecimento de informações do município da intervenção, da constituição da população adstrita, das características da UBS, tais como estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, normas, atividades e procedimentos, sistema de referência.

A segunda parte faz a análise estratégia para melhorar a situação da UBS Barro Duro. Traz o foco atenção à saúde do idoso, o objetivo, especificando-o e traçando metas, a metodologia da intervenção, o detalhamento das ações a serem realizadas, indicadores, logística, cronograma.

Por sua vez, a terceira parte do volume consiste no relatório da intervenção, especificando como se desenvolveu a intervenção, ações previstas e realizadas, ações previstas e não realizadas, aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, viabilidade de incorporação das ações à rotina de serviços.

A quarta parte do volume faz a avaliação da intervenção, demonstrando os resultados em seus aspectos qualitativos e quantitativos, e faz discussão acerca do que foi alcançado com a intervenção, importância da intervenção para a equipe, serviço e comunidade, o que poderia ter sido realizado diferente, viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço, quais os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço.

Ademais, a quinta parte abarca o relatório para gestores, o qual mostra a qualificação da atenção à saúde resultante da intervenção, e aponta aos gestores os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada e os aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço. A sexta parte do volume é o relatório da intervenção destinado à comunidade, abordando o que é, como foi feito, quais os avanços e possibilidades futuras, oportunidades de aliança com a comunidade e com os gestores, em linguagem de fácil compreensão à comunidade.

Por fim, a sétima parte do volume traz uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem, expondo como se deu o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Barro Duro em Pelotas-RS há duas equipes de Saúde da Família formadas, cada uma composta por um médico, uma dentista, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira e cinco agentes de saúde. Outrossim, há a presença de uma nutricionista e uma assistente social que executam suas atividades com usuários das duas equipes. As atividades exercidas como consulta médica, vacinação, visita domiciliar, pré-natal, exame preventivo para câncer de colo uterino, reuniões de equipe e grupo ocorrem em ambos os grupos, sendo que o que muda é a formação da agenda.

Como ainda não há um entendimento completo de que a UBS deve servir como mecanismo de promoção à saúde, as pessoas, de maneira geral, buscam a unidade quando estão enfermas e isso faz com que o atendimento seja realizado através das fichas diárias. Na equipe de quem vos escreve, são fornecidas seis fichas nas terças, quartas e sextas-feiras. Além dessas seis fichas, há mais dois atendimentos de idosos agendados pelas agentes de saúde, totalizando, formalmente, oito atendimentos diários. Nas quintas, são realizados oito atendimentos pré-agendados para retorno de exames. Todavia, todos os dias há os atendimentos considerados de urgência, sendo que, na prática, o total de atendimentos é bem maior do que oito. O fato do município não possuir muitos meios intermediários públicos entre as unidades básicas de saúde e o único pronto socorro da cidade, faz com que a UBS seja procurada para fins de emergência que, muitas vezes, não podem ser atendidas por falta de material. Concomitante a isso, há o atendimento por parte da odontologia, nutrição e enfermagem em atividades como realização do citopatológico, puericultura, vacinação, etc.

O turno da tarde é reservado para atividades como renovação de receita com o usuário *in loco*, pré-natal, visita domiciliar e reunião de equipe. No pré-natal, o atendimento é realizado conjuntamente pelo médico e pela enfermeira da equipe. Além disso, todas as gestantes são avaliadas pela dentista e pela nutricionista da UBS em todas as consultas. Há ainda a presença de estudantes que estabelecem vínculo com as gestantes, muitas vezes acompanhando-as até o momento do parto.

Consuetudinariamente, além dos atendimentos, são realizados grupos voltados para populações específicas com o intuito de educação em saúde e prevenção. Exemplos são os grupos de gestantes com palestras sobre cuidados na gravidez sob o ponto-de-vista nutricional, odontológico, clínico, etc. Ainda na gestação, há palestras sobre a importância da amamentação e imunizações. Outro grupo é o de pessoas hipertensas e/ou diabéticas, para as quais são realizadas palestras voltadas para a alimentação, importância de manter hábitos saudáveis e usar as medicações corretamente, cuidado para sinais de alerta, etc. Essas são atividades que aproximam a população da UBS.

De maneira geral, a população tem estado satisfeita com o atendimento, sendo que as maiores queixas são a demora para conseguir consulta para especialistas, exames e falta de material, sendo que nas últimas semanas não tem sido possível fazer curativos por falta de gaze na unidade e nem suturas por falta de fios e materiais estéreis. A busca de interação com a comunidade é uma prioridade para toda a equipe da UBS Barro Duro, pois a promoção da saúde da população daquele bairro é um compromisso mister, pelo qual todos estão empenhados. E o retorno por parte da população, não obstante as dificuldades, tem sido proveitoso.

Em termos de estrutura física, há dois consultórios médicos com uma mesa, balança, três cadeiras, um armário e uma maca em cada. Há duas salas de procedimentos gerais como vacinação, curativos, suturas e atendimentos de urgência. Há uma sala de espera com cerca de 40 lugares. Há uma ante-sala onde são colocadas as fichas agrupadas de maneira separada. Há um banheiro na sala de espera e outro reservado para os colaboradores da unidade, no lado de dentro. Há uma copa de pequeno porte, porém com refrigerador, micro-ondas, pia, armário, mesa e cadeiras. Há uma sala de saúde da mulher, onde são feitos os atendimentos para coleta de citopatológico, consulta de pré-natal e puerpério. Há dois consultórios odontológicos bem equipados e no centro há um jardim. Ademais, há um expurgo e uma sala onde são feitos os atendimentos de nutrição e serviço social (ocorrem

problemas quando as duas profissionais estão concomitantemente na UBS, de modo que o uso da sala deve ser revezado).

A acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção (como cadeirantes, idosos e pessoas com muletas) é facilitada pela presença de uma rampa de acesso à sala de espera, cujo ângulo é de cerca de 30°. Dentro da unidade, não há desníveis, de modo que o trânsito de tais pessoas no interior da mesma é realizado sem maiores dificuldades. A grande dificuldade de acesso, motivo de reivindicações por parte dos colaboradores da UBS por reformas, é o fato de que a sala de enfermagem não propicia fácil acesso a macas. Deste modo, se alguém necessitar de uma remoção por maca através de uma ambulância a partir de alguma sala de dentro da UBS, mas salientando-se aquela, onde são atendidas as urgências justamente por ser a sala mais próxima da porta de saída, haverá impossibilidade de se entrar com uma maca.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Pelotas é uma cidade localizada no Rio Grande do Sul e tem uma população de cerca de 328 mil habitantes (IBGE, 2010), sendo a terceira maior do estado, atrás apenas de Porto Alegre e Caxias do Sul. Trata-se de uma cidade que serve de referência para diversos municípios, localizados na metade sul do estado e isso tem impactos sobre diversos serviços, como a saúde. O município possui, na rede pública, um Pronto Socorro, um Pronto Atendimento Adulto, uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), um Pronto Atendimento Infantil, cinco hospitais (Hospital Universitário São Francisco de Paulo, Beneficência Portuguesa, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Escola da Fundação de Apoio Universitário (FAU) e Hospital Espírita de Pelotas). Possui um centro de especialidades e dois ambulatorios de especialidades médicas ligados às duas universidades que possuem curso de Medicina em Pelotas. Na rede básica, conta com 52 UBSs, sendo 26 em modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na retaguarda do atendimento odontológico, possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Não possui Núcleo de Estratégia da Família - NASF.

A Unidade Básica de Saúde do Barro Duro é urbana, localizada no bairro Balneário dos Prazeres, em Pelotas. Não possui vínculo direto com nenhuma instituição de ensino, todavia são realizados estágios nas áreas de enfermagem, medicina e nutrição para os alunos dessas graduações da Universidade Federal de

Pelotas (UFPel). Além disso, há o desenvolvimento de atividades diretamente com professores da universidade que vão à UBS em dias pré-estabelecidos exclusivamente para as atividades de ensino, sem participação direta no processo de atendimento. Trata-se de uma unidade de saúde mista, que funciona durante o dia nos moldes de Estratégia de Saúde da Família e à noite como unidade comum, que, no momento, não possui atendimento médico. Há duas equipes de ESF, cada uma formada por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório odontológico e cinco agentes de saúde. Ademais, há duas profissionais que exercem suas funções assistenciais para ambas as equipes: uma nutricionista e uma assistente social. Raramente todos os membros de todas as equipes estão presentes simultaneamente devido a afastamentos temporários e permanentes, para os quais raramente há reposição. Neste momento, duas profissionais trabalham em caráter substitutivo.

A unidade possui dois consultórios médicos, permitindo o atendimento simultâneo dos médicos das duas equipes, com itens básicos (maca, cadeiras, mesa, armário, janelas, lavatórios, etc.). Possui também uma sala de saúde da mulher, onde são realizados os atendimentos de Pré-Natal e prevenção de câncer de colo uterino e de mama. Há uma sala de curativos, outra de vacinas, uma sala de reunião, expurgo, sala para atendimento da nutricionista e assistente social, banheiro para colaboradores e para usuários na sala de espera, que comporta aproximadamente 30 pessoas sentadas. Há também um espaço com saída para rua, no qual há uma rampa para permitir o acesso a pessoas portadoras de necessidades especiais e com dificuldade de locomoção. Dentro da unidade, há espaços para guardar arquivos referentes aos atendimentos como os prontuários, fichas de pré-natal e puericultura, por exemplo. Por outro lado, não raro, há problemas com falta de materiais básicos, como papel toalha, receituários, formulários, material para esterilização, etc. A busca junto ao poder público em conjunto com os conselhos local e municipal de saúde é uma ferramenta que apresenta-se disponível para sanar alguns desses problemas.

As atribuições profissionais são exercidas de maneira importante por todos, com a integração dos membros das equipes na assistência aos usuários, a qual felizmente ocorre de maneira muito positiva, com o trabalho em equipe muitas vezes dificultado pela falta de profissionais, causando sobrecarga a outrem. Exemplos de dificuldades incluem o excesso de famílias por agentes comunitárias de saúde

(ACSS) que faz com que não seja possível realizar uma visita por mês. Sobrecarga de uma odontóloga que precisa atender usuários agendados e urgências das duas equipes, tornando o tempo entre o agendamento e a consulta maior. Não realização de procedimentos básicos por falta de material estéril (problema parcialmente sanado), obrigando usuários a buscar atendimentos em outras unidades para retirada de pontos ou troca de curativos, por exemplo, entre outros. As alternativas passam pela recomposição das equipes quando um ou mais profissionais precisam sair por tempo prolongado, permitindo a fluidez das agendas.

Segundo levantamentos preliminares, a população estimada é de 12 mil habitantes, sofrendo influências sazonais. Tendo em vista que a maioria da parte do recadastramento ainda não terminou, não é possível precisar essa população em termos de faixa etária, sexo, etc. De fato, supera o teto de 4 mil famílias por equipe, mas o fato da estrutura da UBS permitir o atendimento de todos os profissionais simultaneamente atenua esse problema, que seria maior se, por exemplo, só houvesse um consultório médico. A solução passa pelo cadastro total da população, que ainda está em processo, e, se confirmada tal cifra, solicitar a criação de uma terceira equipe.

No que se refere a serviços assistenciais à demanda espontânea, esse é um aspecto importante, pois a demanda por atenção espontânea é muito grande. Ocorre uma triagem e de acordo com esta, o usuário pode ser encaminhado para atendimento médico ou agendado para outro dia, bem como encaminhado para outros pontos do sistema. Tendo em vista que o bairro é um balneário e a população de pessoas de fora do bairro e da cidade aumenta consideravelmente no verão, a demanda espontânea também aumenta e, neste caso, é formada por pessoas que não são originalmente adscritas. As etapas do acolhimento à demanda espontânea seguem, em partes, a triagem sugerida no Manual do Ministério da Saúde, todavia, em casos de usuários adscritos a outros bairros ou localidades, independentemente da gravidade de sua situação, são atendidos na UBS e não encaminhados para as UBS de seus respectivos bairros. A questão da demanda espontânea reflete diversas questões importantes que, de maneira irrefragável dificultam a adoção de uma prática compatível com uma unidade de saúde 100% ESF. Uma dessas questões é o fato de haver apenas um Pronto Socorro na cidade, sobrecarregado, e isso levar muitas pessoas com agravos agudos a procurar a UBS. O fato de o bairro distar cerca de 15 km do centro da cidade também é um motivo pelo qual a

demanda espontânea, sobretudo para questões de urgência, seja uma importante questão no dia-a-dia da UBS. Neste caso, é realizado o atendimento pela enfermagem de cada equipe e, de acordo com a avaliação, é solicitado parecer médico ou é solicitado ao usuário que retorne para atendimento eletivo.

Tratando-se do atendimento das crianças de 0 a 72 meses, os registros permitiram verificar as estimativas de 288 menores de cinco anos e 144 menores de um ano na área da UBS Barro Duro, sendo 26 menores de um ano acompanhados pela UBS (18%). Além de indicadores de cobertura, tem-se indicadores de qualidade quanto aos menores de um ano, os quais trazem que destes 12 têm consultas em dia de acordo com o Ministério da Saúde - MS (46%), 14 têm atraso de consulta agendada em mais de sete dias (54%), 18 tiveram teste do pezinho até os sete dias (69%), 10 tiveram primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida (38%), 0 teve triagem auditiva, 19 tiveram monitoramento do crescimento na última consulta (73%), 19 tiveram monitoramento do desenvolvimento na última consulta (73%), 15 estão com as vacinas em dia (58%), 8 tiveram avaliação de saúde bucal (31%), 23 tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo (88%), 0 teve orientação para prevenção de acidentes. O acompanhamento das crianças de 0 a 72 meses é realizado em dois turnos na semana pela enfermagem e, quando necessária uma avaliação médica, também pelo médico da equipe. Os problemas agudos dessa faixa etária, embora não haja pediatra, são atendidos pelos médicos das equipes. Os registros específicos, neste caso, são o prontuário e o cartão de acompanhamento da puericultura. Analisando o Caderno de Ações Programáticas, a fim de ampliar a cobertura, deve-se realizar busca ativa pelas crianças nessa faixa etária, pois muitas vezes, com a diminuição da frequência do acompanhamento, as mães deixam de levar as crianças a partir de idades em que o acompanhamento passa a ser trimestral, por exemplo. Outra estratégia é informar às gestantes desde o início sobre a importância da puericultura. O atendimento é realizado principalmente pela enfermagem e pelo médico, mas há também orientações e atendimentos referentes à parte nutricional e odontológica. Ademais, há assistente social para atender casos de vulnerabilidades socioeconômicas. Os dados são armazenados em arquivos específicos com fichas de puericultura. No momento, devido à falta de profissionais para atender a todas as demandas, não há um sistema de controle, por exemplo, das ações de puericultura.

No tocante ao pré-natal, estima-se que 180 gestantes residam na área da UBS, destas 26 são acompanhadas pela UBS (14%). Os indicadores de qualidade trazem que destas, 08 tiveram pré-natal iniciado no primeiro semestre (31%), 7 têm consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde (27%), 16 tiveram solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados (62%), 23 tiveram vacina antitetânica conforme protocolo (88%), 23 tiveram vacina contra hepatite B conforme protocolo (88%), 26 tiveram prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo (100%), 16 tiveram exame ginecológico por trimestre (62%), 11 tiveram avaliação de saúde bucal (42%), 6 tiveram orientação para aleitamento exclusivo (23%).

O pré-natal é realizado em um turno da semana para cada equipe, observa-se que alguns fatores influenciam na cobertura como o fato de muitas gestantes realizarem o pré-natal em outros serviços. No entanto, é necessário realizar busca ativa por gestantes que não comparecem nas consultas ou que sequer buscam a unidade para o acompanhamento da gestação. E estratégias para isso são discutidas e trazidas, sobretudo pelas ACSs, que informam as situações de gestantes que visitam e agendam suas consultas. Cada gestante passa por uma avaliação nutricional, de enfermagem, odontológica e médica no dia de seu atendimento e sai do atendimento com a próxima consulta já agendada. As que apresentam maior risco são encaminhadas para serviços de alto risco, mas seguem em acompanhamento na UBS e todas são convidadas para os grupos de gestantes que ocorrem. Os protocolos seguidos são do Ministério da Saúde. Os grupos de gestantes costumam ser realizados mensalmente e envolve profissionais da medicina, enfermagem, nutrição e as ACSs, sendo que os tópicos são inerentes a cada apresentação, sendo enfatizados aspectos referentes à saúde da gestante e antecipando demandas relacionadas à do futuro recém-nascido.

No âmbito da saúde da mulher, estima-se 3303 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, destas 1460 recebem acompanhamento na UBS para prevenção de colo de útero (44%); estima-se que 1238 mulheres entre 50 e 69 anos residam na área, destas 705 recebem acompanhamento na UBS para prevenção de câncer de mama (57%). Não há os devidos registros de indicadores de qualidade. São realizadas atividades para prevenção de câncer de colo do útero e mama em atendimentos agendados, que são realizados através da enfermagem e encaminhados ao médico se alguma alteração surgir. A melhora da cobertura passa

por uma busca ativa das mulheres que não estão com acompanhamento em dia, além de atividades de educação em saúde e melhoria nos registros, especialmente no aspecto do câncer de mama. A coleta de citopatológico em geral é feita pela enfermagem, sendo o médico chamado quando há alterações macroscópicas. No ato, é verificada a situação da mamografia e, se estiver em época de solicitar, a mesma é feita. Sempre, em tais consultas, é focada a educação sobre DST, prevenção de câncer de colo e mama, gestação, anticoncepção, etc. Usuários com resultados alterados recebem consulta médica.

No que atinge aos hipertensos e diabéticos, estima-se 722 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, sendo destes 225 acompanhados pela UBS (29%), e 2682 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, sendo destes 761 acompanhados pela UBS (28%). Novamente, não há os devidos registros de indicadores de qualidade. A atenção dispensada aos hipertensos e diabéticos apresenta uma grande demanda devido à prevalência dessas doenças. Não há, ainda, a sequência de um protocolo específico, mas o trabalho é que se inicie a utilização de um. O aspecto mais difícil em relação à cobertura aos diabéticos e hipertensos é a sua grande prevalência. Em relação aos hipertensos, o registro consiste apenas no formulário do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA, que contém informações muito limitadas. No caso dos diabéticos não hipertensos, nem isso. Nos grupos é frequente a realização de palestras sobre diversos assuntos relacionados à educação em saúde, de modo a estimular a prevenção. O que deve ser melhorado é a questão dos registros das atividades e a disponibilidade de mais consultas para portadores de tais enfermidades crônicas que muitas vezes estão tomando medicação há bastante tempo sem revisão geral.

No tangente aos idosos, estima-se 993 residentes na área abrangida pela UBS, conforme registros do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Não foi possível obter registros indicadores de cobertura e de qualidade. As ações de saúde realizadas até o momento são entrelaçadas com as ações de saúde tomadas em relação às condições patológicas mais comuns nessa faixa etária. Existe a carteira dos idosos que é distribuída aos que procuram a UBS. Ademais, possuem prioridade no atendimento e nas ações. Conforme mencionado, são distribuídas fichas para atendimento em cada turno em que este ocorre e são reservadas fichas para agendamento, de forma que, no dia em que um idoso está agendado, basta

chegar à UBS às 9h30min. Também recebem prioridade em relação às visitas domiciliares e urgências. O que pode ser melhorado é a correlação entre os idosos que fazem parte de outros grupos (câncer de mama, hipertensão e diabetes, por exemplo) e um trabalho maior sobre a saúde mental, tendo em vista ser a senilidade um fator de risco independente para demências e transtornos psíquicos. Ademais, um trabalho em conjunto com o serviço social pode ser melhorado no intuito de identificar idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e buscar a solução para tais problemas.

Durante o trabalho, foi possível perceber a importância dos registros para se mensurar os indicadores de qualidade, pois muitas vezes as ações são realizadas, mas não escritas. Quando escritas, não são distribuídas de uma forma mais adequada do que em arquivos de prontuários. Trata-se de algo peremptório para a qualidade. A UBS possui elementos de qualidade que devem ser aproveitados ao máximo, como os consultórios que permitem atendimento simultâneo das duas equipes, mas é necessário melhorar diversos aspectos tanto em estrutura como na questão organizacional da assistência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Hoje é possível ter um panorama muito maior sobre os aspectos positivos a serem enfatizados na UBS e os processos que demandam melhoria, tais como os registros. Foi possível ver quais são os índices de qualidade e iniciar um planejamento a fim de melhorar a atenção baseado em evidências, bem como estabelecer algumas prioridades.

É possível, agora, ver no horizonte uma gama de possibilidades de mudanças para melhorar a assistência na UBS. A padronização de processos terapêuticos de acordo com diretrizes atualizadas e baseada em evidências, também considerando as limitações presentes, com a adoção e adaptação de protocolos a serem seguidos com o objetivo de contemplar um atendimento de qualidade, melhorando seus indicadores através, também, da interdisciplinaridade. E, também, a adoção de padrões de registro que permitam monitorar e avaliar os índices de qualidade com maior sistematização é de importância irrefragável. Isso tem se tornado pauta constante nas últimas reuniões nas quais tal assunto tem sido discutido entre os membros das equipes.

Inicialmente, não havia uma noção de quais processos deveriam ser melhorados e qual sua prioridade. Agora, já há um panorama desenhado que permite, com dados mais concretos, analisar as prioridades sobre as quais trabalhar e as estratégias adotadas por todos da equipe para tal de maneira sistemática e pragmática, buscando melhorar a assistência aos usuários, sobretudo em ações preventivas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o percentual de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil é de 13,04%, variando entre as regiões, sendo que na região Sul, chega a 17,04%. Isso significa que, no Brasil, há mais de 23 milhões de idosos (BRASIL, 2010). A população idosa se distingue por ter várias características próprias do processo saúde-doença, bem como aspectos próprios relacionados à idade, patológicos – senilidade – e fisiológicos, com diminuição da reserva funcional - senescência (BRASIL, 2006). Ainda de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 77,6% das pessoas com mais de 65 anos relataram ter doenças crônicas, sendo que, em um terço deles, mais de uma doença (BRASIL, 2010; GUSSO, 2012).

Um grande objetivo na atenção à pessoa idosa é fornecer mecanismos para que, não obstante as limitações que venham a ocorrer em função do processo de envelhecimento, ela possa viver sua vida com a maior qualidade possível, além de redução na mortalidade prematura, manutenção da independência funcional, extensão na expectativa de vida, socialização, entre outros aspectos importantes. De acordo com o Caderno de Atenção ao Envelhecimento à Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o maior temor nessa faixa etária é a dependência e faz parte da atenção buscar evita-la ou procrastina-la.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define como porta de entrada dessa população a Atenção Básica, dessa forma, um Programa de Atenção à Pessoa Idosa deve fazer parte da rotina de uma Unidade Básica de Saúde, com atenção especial direcionada aos aspectos inerentes à senescência e senilidade, buscando prevenção e tratamento de agravos (BRASIL, 2006). Considerando estudos que apontam que os idosos, como grupo, respondem de maneira positiva às

medidas de prevenção e podem mudar hábitos mesmo após 75 anos, tem-se que o papel de estratégias preventivas é irrefragável na atenção à saúde do idoso. A Atenção específica ao Idoso, incluindo aspectos de avaliação multidimensional, grau de dependência e a avaliação das formas de apresentação patológicas diferentes em idosos são fundamentais para uma Atenção Básica de qualidade.

A UBS do Barro Duro possui duas equipes de ESF, cada uma com uma dentista, uma enfermeira, um médico, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitárias de saúde. Além disso, há uma assistente social e uma nutricionista que trabalham na UBS, mas não como ESF, atendendo usuários das duas equipes. Não há vínculo direto com Universidades, mas há estagiários nas áreas de enfermagem e nutrição. A população da área adstrita não está contemplada por dados do IBGE, que, segundo o censo de 2010, aponta que o somatório da população do Balneário dos Prazeres (área adstrita), Santo Antônio, Valverde, Vila Mariana e Vila Assumpção e Recanto de Portugal (todos fora da área adstrita), é de 12 mil habitantes.

Os últimos dados do SIAB informam uma população cadastrada na UBS do Barro Duro de 9930 habitantes, sendo 993 pessoas acima de 60 anos (463 do sexo masculino e 530 do sexo feminino). Ainda faltam cadastros a serem completados, porém o número final não chegará a 12 mil, conforme mencionado no Relatório da Análise Situacional, não sendo possível, no momento, estimar uma cobertura com dados percentuais. Dos idosos, nenhum participa do Programa de Saúde do Idoso especificamente. Os idosos participantes de grupos são os que participam do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (que inclui não idosos), de modo que será necessário cadastrar os idosos no programa específico através das consultas e visitas das ACSs, por exemplo. Além disso, a qualificação do atendimento aos idosos passará pela interdisciplinaridade, com atenção de enfermagem, medicina, nutrição, serviço social e odontologia através da organização dos serviços nesse sentido.

São realizados atendimentos específicos aos idosos através do agendamento para essa faixa etária, sem contar os atendimentos a pessoas com mais de 60 anos que consultam por questões relacionadas à Hipertensão e Diabetes. A adesão dos idosos aos tratamentos propostos costuma ser positiva, ou seja, são pessoas que seguem os tratamentos e medidas preventivas propostas e buscam ativamente a prevenção em saúde, dessa forma, interessam-se em

consultar não somente no processo de adoecimento, mas principalmente no processo de prevenção.

A melhoria da qualidade da atenção prestada na UBS do Barro Duro passa, necessariamente, por melhoria na qualidade de atenção dos idosos. O que já é realizado para os idosos é o agendamento prioritário de consultas e de visitas domiciliares, no entanto sem um Programa de Saúde da Pessoa Idosa e nem protocolos de atendimento. Os aspectos que viabilizam a realização é a dedicação de um turno/equipe/semana para atendimento médico para idosos, de modo que não prejudique os atendimentos a outros grupos, bem como o seu acolhimento na demanda espontânea e prioridade na visita domiciliar (o que já ocorre).

As dificuldades já detectadas serão o grande número de idosos, impedindo o atendimento a todos no tempo alocado sem prejudicar o atendimento a outros grupos, a falta de sincronia entre as duas equipes (por exemplo: uma equipe possui 678 idosos e a outra 315) nas ações de cada um de seus membros, o fato de haver profissionais afastados sem substituição plena (como a odontóloga de uma das equipes que precisou se afastar e foi substituída por outra que só pode fazer metade da jornada ou os meses em que se ficou sem uma das enfermeiras), o fato de ser possível realizar poucas visitas domiciliares devido à falta de veículo para realizar e o tamanho territorial do bairro, ao processo de adaptação inicial aos protocolos de avaliação dos idosos e indicadores de qualidade, à questão de registro, entre outros fatores que poderão surgir à medida que intervenção tiver em curso.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção dos idosos na UBS Barro Duro no município de Pelotas/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

- **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

➤ **Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

➤ **Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

➤ **Objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

➤ **Objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Barro Duro, no município de Pelotas/RS. Participarão da intervenção em torno de 993 idosos da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde (US) mensalmente

Detalhamento: Será realizada análise dos registros de novos cadastros e aqueles já existentes de pessoas com mais de 60 anos mensalmente pelo médico e pela enfermeira, usando o fichário em que ficarão organizadas as fichas espelho. O monitoramento será mensal, nas sextas-feiras, dia da reunião de equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos

Detalhamento: Os idosos serão acolhidos por todos os profissionais da UBS, sobretudo da enfermagem, odontologia e medicina. Seu acolhimento também contará com a participação das ACSs que farão os agendamentos.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da US

Detalhamento: Às ACSs, serão entregues formulários para o cadastramento de idosos contendo dados básicos que serão preenchidos em suas visitas.

Ação: Atualizar as informações no SIAB

Detalhamento: O trabalho é feito pelas ACSs e monitorado pelas enfermeiras. A intenção é monitorar esses dados em conjunto.

Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Essas ações serão realizadas através das visitas das ACSs, das orientações nas consultas, do acolhimento e do conselho local.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Buscar e fornecer materiais didáticos e informações sobre as particularidades do usuário idoso a todos, tendo como base o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde.

Ação: Capacitar os ACSs na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Marcar, na lista de agendamentos, aqueles que não compareceram e informar sua respectiva ACSs para busca ativa.

Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Compartilhar as diretrizes da Política Nacional de Humanização a todos a fim de que tomem conhecimento da mesma e discutir o tema em reuniões nas primeiras semanas e em semanas seguintes, conforme profissionais que entraram de férias retornem.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Isso será possível com a organização das fichas espelho dos idosos, a qual informa a realização da avaliação com periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.

Detalhamento: Buscar junto ao gestor os equipamentos necessários para tal.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: O médico e as enfermeiras serão os profissionais a realizar a avaliação.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Disseminar a informação através das visitas das ACSs e de todos os momentos em que o idoso entra em contato, direta ou indiretamente, com a UBS. Além disso, disseminar a informação via conselho local.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Reunir-se em equipe para realizar uma atualização nos procedimentos ao atendimento do usuário idoso, como a Avaliação Multidimensional Rápida, aplicação do Mini Exame do Estado Mental e outras escalas que avaliam saúde e grau de independência dos idosos, utilizando-se das reuniões de equipe nas sextas-feiras, nas primeiras semanas da intervenção e em momentos posteriores à medida que profissionais em férias retornem.

Meta 2..2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar tal informação através dos dados das fichas espelho, sendo o médico responsável pela intervenção e realizar o monitoramento com periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Em princípio, a realização de medição de pressão arterial (PA) em um primeiro momento é realizada pela técnica em enfermagem e o exame clínico, incluindo a segunda medição de PA, pelo médico. À equipe de enfermagem, se possível, também poderá caber a pesagem, medição do perímetro braquial e uma forma de acolhimento que direcione a anamnese posterior.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Através do monitoramento, buscar os idosos para realização de exame através das ACSs.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Flexibilizando a agenda da manhã, é possível colocar idosos na agenda oriundos de buscas domiciliares. A flexibilização ocorre através da inserção de agendamento de manhã para idosos faltosos, nas terças, quartas e quintas pela manhã.

Ação: Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Realizar os encaminhamentos necessários e manter o acompanhamento através de consultas de revisão e atualização da situação do idoso (diagnóstico feito em nível secundário, medicações alteradas ou inseridas, exames solicitados, etc.) a fim de poder concentrar na ficha espelho e no prontuário do usuário todas as informações oriundas de seu contato com outros serviços.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Através das consultas e da visita das ACSs.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Pactuar nas duas equipes a realização dos exames clínicos, protocolos e escalas recomendadas pelo MS, além da forma de registro e armazenamento.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos cadastrados com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos, ou sem nenhuma dessas doenças, com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Através da organização do registro no fichário com as fichas espelho de cada idoso, feita pela enfermeira de cada equipe e cujos dados serão colocados no sistema pelo médico, para ambas as áreas, com periodicidade semanal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: Verificar se os exames estão em dia e, caso necessário, solicitar os exames sistematicamente, seguindo protocolos para tal baseado, também, nas necessidades específicas de cada idoso. Ou seja, exames complementares baseados nas necessidades da população idosa adicionados aos que visam a atender demandas específicas de um usuário.

Ação: Buscar, junto ao gestor municipal, agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Será reivindicado melhorias na agilidade dos exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Verificar através do fichário aqueles cujos exames preconizados datam de mais tempo do que o correto e marcar como um alerta.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuário e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Através das visitas das ACSs e de todos os meios pelos quais o usuário acessa a UBS direta ou indiretamente.

Qualificação na prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Capacitar os membros das equipes sobre o protocolo a ser seguido para a solicitação de exames de rotina gerais e a adição de outros de acordo com as necessidades e especificidades de cada usuário.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, Farmácia Municipal e Hiperdia a 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, Hiperdia e Farmácia Municipal de Pelotas.

Detalhamento: Realizar um sistema de registro que informe que aquele usuário usa medicações da Farmácia Popular, Farmácia Municipal ou HIPERDIA, o que já é possível de acessar através da ficha espelho a ser usada e criar um sistema de alerta automatizado através do uso de planilhas do Excel para realização de bancos de dados e consultas usando o sistema SQL para listar aqueles usuários cujas prescrições não lhes permitem acesso aos medicamentos gratuitos ou com desconto da farmácia popular. A alimentação desses dados ocorrerá concomitantemente com as revisões das fichas espelho realizadas pelo médico. Adicionado o acesso à Farmácia Municipal devido ao fato de que muitos usuários utilizam medicações de uso contínuo, não cobertas pela Farmácia Popular ou HIPERDIA, mas ofertados gratuitamente através da Farmácia Municipal de Pelotas, município onde se localiza a unidade de saúde, tais como suplementação de Cálcio e Vitamina D, inibidores de bomba de prótons, inibidores da Hidroxi-Metil-Glutaril-CoenzimaA Redutase, Psicofármacos, entre outros que, se são ofertados na Farmácia Popular, são cobrados. A base, neste caso, será de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, disponível na UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A enfermeira realizará o controle de estoque.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar registro das medicações que os usuários mais demandam e não têm acesso e listá-las através de um sistema que use os dados da aba: “medicamentos em uso” de cada usuário, gerando um relatório final das necessidades mensais de uso de cada medicamento usado pelos usuários. A frequência será, no máximo, mensal.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, bem como a Farmácia Municipal e possíveis alternativas para obter estes acessos.

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas de contato do usuário com a UBS.

Qualificação na prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Compartilhar as diretrizes atualizadas e pactuar o cumprimento da mesma através das reuniões de equipe; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e Farmácia Municipal.

Detalhamento: Manter todos os profissionais informados sobre a disponibilidade de estoque de medicações do HIPERDIA, bem como da farmácia popular e farmácia Municipal através de orientações aos profissionais sobre tais meios de obtenção de medicamentos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Detalhamento: Fazer uma planilha com os dados dos idosos e incluir o dado de “acamado ou com problemas de locomoção” na planilha e monitorar através

desta. A planilha será feita pelo médico, a alimentação de dados também, e será gerada, através de consulta SQL sincronizada com o banco de dados Excel principal, uma planilha que automaticamente listará, dentre todos os idosos, aqueles acamados e com problemas de locomoção, com registro sobre a realização de visitas domiciliares e sistemas de alerta para aqueles que não receberam visita ainda.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Através das ACSs em suas visitas domiciliares, identificando essa questão na realização dos cadastros.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção aos idosos na US

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas de contato do usuário com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACSs para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção em toda a área de abrangência

Detalhamento: Informar como realizar o cadastro de acamados, com todos os dados pertinentes, como o nome do cuidador, o motivo de estar acamado, etc.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de VD para idosos acamados ou com problemas de locomoção

Detalhamento: Utilizar uma planilha para tal, que informe a realização de VD em idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar agenda para realizar VD a idosos acamados ou com problemas de locomoção

Detalhamento: Realizar a priorização a estes, tentando garantir o cumprimento da meta. Dentro do cronograma de atividades da UBS, as visitas

domiciliares na área 03, a qual pertença, são realizadas quintas-feiras no turno da tarde e na área 61 nas terças-feiras de tarde. As visitas são realizadas pelo médico, enfermeira, técnica em enfermagem (na ausência de enfermeira) e ACS responsável pelo usuário. Em alguns casos, pela odontóloga, assistente social e nutricionista.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar VD; Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de VD aos idosos acamados ou com problemas de locomoção

Detalhamento: Através das ACSs e de todos os meios pelos quais os usuários entram em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Orientar os ACSs sobre o cadastro, identificação e acompanhamento de idosos acamados ou com problemas de locomoção; Orientar os ACSs para o reconhecimento de casos que necessitem de VD.

Detalhamento: As ACSs possuem, dentre os idosos que cadastram, aqueles que são acamados ou possuem limitações funcionais, cujos dados básicos podem ser trazidos em reunião e aprofundados com a visualização dos prontuários para iniciar o preenchimento das fichas espelho.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente

Detalhamento: Através das fichas espelho na avaliação mensal e de planilha específica com tais dados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para idosos portadores de HAS

Detalhamento: Além de dedicar um turno por semana somente para o atendimento de idosos, com ou sem HAS, dedicar aos portadores de HAS e DM, usando dias de agendamentos destinados a portadores de tais enfermidades, para o atendimento deles.

Ação: Garantir material adequado para a tomada de medida de PA na US

Detalhamento: Buscar junto à gestão o material para tomada de PA e melhorar o acolhimento com medida de PA e circunferência braquial e sua correção antes da consulta.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida de PA após os 60 anos de idade; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS

Detalhamento: Através das consultas, das ACSs e de grupos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da US para verificação de PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Adotar protocolo para medida correta e pactuar o uso deste para aferição de PA.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos rastreados para DM.

Detalhamento: Através das fichas espelho que mostrarão os dados dos exames solicitados no fluxograma e serão fontes das planilhas geradas em Excel, a serem criadas pelo médico, além do sistema de consultas de dados em SQL que gerará automaticamente, em outra planilha, o total de idosos rastreados para DM e, dentre esses, sistemas de alerta sobre a desatualização de exames complementares. Tendo em vista que idade superior a 45 anos para homens e 55 anos para mulheres, na ausência de outros fatores de risco, já indica rastreamento para diabetes (de acordo com o Caderno de Atenção Básica 14 – Prevenção de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, do Ministério da Saúde, 2006), inferir-se-á que todos os idosos devem estar com exames em dia e isso inclui, necessariamente, glicemia de jejum em todos, mesmo os que possuem níveis tensionais abaixo de 135/80 mmHg, (e, se necessário, outros exames para avaliação da glicemia e das consequências de seu descontrole de acordo com as necessidades individuais de cada usuário).

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM

Detalhamento: Manter sistema de agendamento a fim de impedir que os idosos sejam forçados a enfrentar filas para suas consultas. Com as férias de profissionais fica um pouco mais difícil atividades pré-consulta, mas com a ajuda de discentes será possível adiantar o preenchimento da folha.

Ação: Garantir material adequado para realização de HGT na US;

Detalhamento: Buscar junto à gestão o material para a realização de HGT e alertar, na ficha espelho, a necessidade de sua realização.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos, principalmente os que possuem PA sustentada maior do que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Através das ACSs e de todos os meios pelos quais os usuários entram em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização de HGT em idosos com PA sustentada maior do que 135/80 mmHg ou com HAS.

Detalhamento: Pactuando em reunião de equipe para uniformidade de condutas.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação das necessidades de tratamento odontológico dos idosos

Detalhamento: Marcar um item de avaliação de necessidades de tratamento odontológico nas fichas espelho e nas planilhas específicas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar o acolhimento a idosos na US; Cadastrar os idosos na US; Oferecer atendimento prioritário aos idosos na US; Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Pactuar com as odontólogas a realização de avaliação de saúde bucal em idosos nos turnos específicos para seu atendimento, como já ocorre com as gestantes.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal em idosos

Detalhamento: Através das ACSs e de todos os meios pelos quais os usuários entram em contato com a UBS.

Capacitação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliações da necessidade de tratamento odontológico dos idosos

Detalhamento: Através de capacitação envolvendo as odontólogas aos profissionais.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos cadastrados no programa.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Através da criação de indicador na ficha espelho e em planilha específica, a qual será criada pelo médico e atualizada com frequência mínima mensal, ou seja, pode ser semanal, através de bancos de dados Excel e consultas de bancos de dados SQL, sistemas criados por mim.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência; Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Pactuar com as odontólogas a realização de avaliação de saúde bucal em idosos nos turnos específicos para seu atendimento, além dos outros turnos, com priorização a estes nos agendamentos.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde; Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo; Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; Capacitar os ACSs para captação de idosos; Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Realizar em reunião técnica um protocolo específico baseado no Caderno De Atenção Básica de Saúde da Pessoa Idosa (pois, neste, notei a falta de alguns itens a serem aplicados na realidade da UBS) e em reunião geral um informe às ACSs a fim de ser aplicado por todos. Embora baseado integralmente no Caderno de Atenção Básica da Atenção à Saúde da Pessoa idosa, algumas especificidades demandam a realização de um protocolo da unidade para solicitação de exames, condutas nos problemas mais comuns da faixa etária, etc.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no atendimento aos idosos adotados pela US

Detalhamento: Através do monitoramento das fichas espelho, planilha específica e agendas. Semanalmente, os idosos agendados que faltaram serão listados e incluídos em necessidade de realizar busca ativa. Como nesta tabela estará informado o nome da ACSs responsável por cada usuário, o processo de busca será mais célere. E esta será verificada, com o agendamento. Os responsáveis serão os médicos e enfermeiros. Na planilha de agendas, a tabela principal conterá a data, o nome do usuário, nome da ACSs responsável, nome do(s) profissional/profissionais, o tipo de consulta (domiciliar ou na unidade) e uma variável que informará se o usuário agendado faltou ou não, bem como itens a serem preenchidos informando alguns detalhes de qualidade e conduta da consulta. A partir daí, tornar-se-á mais célere o processo de busca de faltosos, pois eles estarão listados e o nome das respectivas ACSs associadas aos mesmos automaticamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: A cada reunião a ser realizada pela equipe, cada ACSs terá, dentre os seus idosos, aqueles que faltaram às buscas ativas e, então, será solicitada busca ativa. As reuniões das duas equipes ocorrem semanalmente. Ficará incumbido às ACSs a visita a tais idosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes de buscas domiciliares

Detalhamento: Encaixar os idosos em horários ao longo da semana nos seguintes dias: terça, quarta e quinta pela manhã, na equipe 03 e segunda, quarta e quinta pela manhã na equipe 61.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão; Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade para realizar as consultas.

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação na prática clínica

Ação: Treinar os ACSs para a orientação a idosos quanto a realizar as consultas com periodicidade; Definir com a equipe a periodicidade das consultas

Detalhamento: Em reuniões de equipe, adota-se um protocolo e em reuniões gerais discute-se com as ACSs a fim de haver o cumprimento por todos. No início da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na US

Detalhamento: Mensalmente, verificar a pasta de idosos e a qualidade dos registros, o qual será realizado pelas enfermeiras e médicos de cada equipe. No banco de dados de cadastro geral dos usuários, haverá duas variáveis referentes a atualização dos registros: a data da última revisão e uma variável gerada automaticamente que informará o tempo decorrido entre o dia atual e a data da

última revisão (com a passagem de informações para o banco de dados) e, se decorrer mais de um mês, será listada no sistema de alerta para fichas espelho desatualizadas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Através das ACSs e enfermagem

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Realizar um banco de dados através de planilha em Excel detalhando os agendamentos e atendimentos realizados, informando dados do usuário e da consulta. Será fornecido a cada profissional uma tabela simples na qual estes informarão o nome do usuário, seu número e condutas. Cada profissional que atender o usuário será responsável por preencher a ficha espelho adequadamente e esta tabela simples. De posse destas tabelas, semanalmente, eu inserirei os dados no banco de dados do Excel unificado referente aos atendimentos e atualizarei o banco de dados referente ao cadastro caso algum item tenha sido alterado. Com essa tabela em mãos, será possível procurar, dentre as fichas espelho guardadas, aquelas dos usuários que foram atendidos durante a semana e atualizar seu cadastro.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Através de reunião, pactuar a forma correta de informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Inicialmente, compartilhar o monitoramento dos registros entre os membros da equipe, com a revisão de alertas para a enfermeira e o médico de cada equipe. Todos serão responsáveis pelo preenchimento da tabela de atendimentos, do prontuário e da ficha espelho. Semanalmente, eu unificarei essas tabelas no banco de dados de atendimentos e atualizarei o banco de dados de cadastros dos usuários atendidos.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Criar uma planilha em Excel com todos os dados dos usuários, incluindo a realização ou não de Avaliação Multidimensional Rápida do

Idoso e outros procedimentos. Através de consultas em SQL (Structured Query Language), será possível, a partir das variáveis do banco de dados principal, criar automaticamente sistemas de alerta para diversos fins, como, por exemplo, lista de usuários sem Avaliação Multidimensional Rápida em dia, lista de usuários sem exames periódicos em dia, lista de usuários faltosos sem busca ativa, lista de usuários sem a Caderneta do Idoso, lista de usuários acamados ou com problemas de locomoção sem visita domiciliar, entre outras informações importantes.

Meta 4.2: Distribuir a caderneta da pessoa idosa para 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Buscar a caderneta da pessoa idosa com cada idoso e monitorar os dados sobre qual o percentual de quem não recebeu e qual o percentual de quem recebeu e escrever dados da consulta nessa carteira. A atribuição deste dado será dada aos médicos, enfermeiras e técnicas que atenderem os idosos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Solicitar ao gestor municipal a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Através de pedido no sistema.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe para o preenchimento correto da Caderneta da Pessoa Idosa

Detalhamento: Em reuniões técnicas e de equipe, pelas enfermeiras.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para os riscos de morbimortalidade

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência

Detalhamento: Criar essa variável no banco de dados de cadastro dos usuários a partir das fichas espelho e, criar sistemas de alerta para listar os idosos com riscos de morbimortalidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade

Detalhamento: Realocar as agendas de consultas e visita domiciliar a fim de contemplar a celeridade na consulta de pessoas com maiores riscos de morbimortalidade. Isso será realizado pelas enfermeiras.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância de acompanhamento mais frequente

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação na prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade de pessoas idosas.

Detalhamento: Através de compartilhamento de informações e protocolos com todos.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice

Detalhamento: Através das fichas espelho e de banco de dados em Excel, com sistemas de alerta para aqueles sem investigação de fragilização e aqueles que foram investigados e possuem, de fato, fragilização. O trabalho de revisão será realizado pela enfermeira e médico de cada equipe e unificadas no sistema a cada revisão de fichas espelho por mim.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento a idosos fragilizados

Detalhamento: Ter identificação de idosos com sinais de fragilidade e priorizar nos agendamentos tanto de consultas como de visitas domiciliares o atendimento a eles.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice

Detalhamento: Através de reuniões com compartilhamento de material do MS.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização da avaliação da rede social em 100% dos idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Através do monitoramento da avaliação informada nas fichas espelho de cada idoso, inicialmente pelo item “Rede Social” da Avaliação Multidimensional Rápida e de mapa de relações e outros fatores informados naqueles usuários com rede social deficiente de acordo com a triagem inicial do item citado.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Através das ACSs e quando necessário de outros profissionais em visita, incluindo assistente social, buscando também indicadores de maus tratos e informando a comunidade sobre os direitos dos idosos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Priorizando o agendamento e VD a esses.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde; Estimular na comunidade a promoção

da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS e possivelmente grupos dinâmicos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação da rede social dos idosos

Detalhamento: Conforme Ministério da Saúde em reuniões de equipe nas quais haverá o compartilhamento do que significa a rede social de idosos e como efetuar a avaliação delas, identificando carências e potenciais existentes. Inicialmente, através da Avaliação Multidimensional Rápida, no item “Rede Social” e, quando necessário, através dos recursos como o Apgar da família, o mapa de relações e o genograma.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Através das fichas espelho no monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional

Detalhamento: Organizar com nutricionista, enfermeiras e médicos tais atribuições.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre o benefício de hábitos alimentares saudáveis

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS. Utilização de material impresso e de fácil leitura com as orientações sobre alimentação distribuído aos idosos com o intuito de ratificar e fixar a orientação fornecida na consulta.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira"; Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Através do compartilhamento de informações a todos da equipe, com distribuição de material e pactuando formas de aplicar.

Meta 6.2: Garantir orientação para prática regular de atividade física a 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Através das fichas espelho e de planilha específica a ser criada com essa variável

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; Demandar ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Compartilhar com todos os membros da equipe a promoção de atividade física; Buscar junto ao gestor municipal parcerias para tal e criar material impresso de fácil leitura a ser distribuído aos idosos com o intuito de ratificar e fixar as orientações fornecidas em consulta.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a realização de atividade física

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (inclusive prótese) a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais

Detalhamento: Criar variável em planilha específica e em ficha espelho sobre orientações em higiene bucal e buscar dados mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual

Detalhamento: Organização das agendas, permitindo um uso sustentável do tempo. Criação de material impresso, de fácil leitura, a ser distribuído aos idosos, com orientações sobre o tema a fim de fixar e ratificar o que foi dito em consulta.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses

Detalhamento: Através das ACSs e de todas as formas pelas quais o usuário entra em contato com a UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias

Detalhamento: Através das reuniões de equipe com a liderança das odontólogas.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção, serão adotados os protocolos do Caderno e Atenção Básica de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a ser disponibilizado na UBS Barro Duro. Será discutida em equipe a aplicação deste protocolo de forma uniforme e a necessidade de adequação à realidade estrutural. Baseado em literatura e outros manuais, poder-se-á elaborar um protocolo local, abrangendo medicações, revisões e principalmente prevenção, haja vista que os idosos são um grupo que necessita de cuidados referentes a diversas doenças crônicas.

Recentemente chegou à unidade uma ficha espelho para diversos grupos populacionais, inclusive idosos, na qual se notou a falta de alguns dados importantes, tais como avaliação odontológica, consulta odontológica, orientação à higiene bucal, solicitação de exames, medicamentos da farmácia popular, além disso, o verso da ficha espelho apresenta um fluxograma de exames fixo e sem possibilidade de adicionar mais, bem como de medicações fixas (nem todo idoso usa alguma daquelas medicações e muitos idosos usam diversas medicações além

daquelas). Não há também um espaço para preenchimento de patologias crônicas e alergias. Será elaborada uma ficha espelho contemplando todos os dados necessários e esta será usada em anexo à fornecida pelo curso, que será preenchida apenas nos itens de Avaliação Multidimensional Rápida e consulta. Os dados de identificação, patologias, fluxograma, medicamentos em uso, risco de morbimortalidade, fragilidade, entre outros, serão colocados na ficha espelho nova. A partir da criação desta, tentar-se-á pactuar com a gestão a impressão, também, do novo modelo.

As fichas espelho serão colocadas em dois fichários, divididos por ordem alfabética, um para cada equipe e utilizadas em cada consulta de idoso. Subdivisões podem ser adicionadas, pois o número de fichas será muito grande se comparado ao de gestantes, por exemplo. O cuidado deve ser redobrado e o acesso aos fichários deve ser restrito. Após cada consulta com o idoso, o profissional anota os dados da consulta no mesmo e, ao fim do turno de idosos, recoloca as fichas espelho em ordem.

Ao atender cada idoso, também preenche uma tabela com nome do usuário, data e detalhes da consulta e entrega ao responsável pela manutenção dos bancos de dados no sistema a fim de que se identifique quais usuários foram atendidos na semana e se revise as fichas espelho destes e se atualize suas informações no banco de dados de cadastro. Para ter um sistema de banco de dados informatizado, foi adquirido um computador portátil (laptop) que conterà o sistema e será levado à UBS semanalmente para alimentar os bancos de dados de cadastro e consultas a partir das fichas espelho e gerar relatórios através de consultas ao próprio banco de dados no formato Structured Query Language ou Linguagem de Consulta Estruturada - SQL, com dados individuais, estatísticas, alertas, entre outros.

A capacitação da equipe se dará em aspectos específicos da saúde do idoso através de orientações em reunião para a aplicação deste em aspectos médicos, de enfermagem, de odontologia e de nutrição, discutidos primeiramente em reunião técnica e depois levados às reuniões de cada uma das equipes e consolidado em reunião geral. Os protocolos serão também entregues por escrito. Às ACSs, será entregue um formulário para o cadastro de idosos no programa com itens para preenchimento das fichas espelho, que não podem ser feitos sem a presença de um profissional técnico, mas podem ser obtidas através das ACSs. Dentre os itens constarão a presença de DM, HAS, demência, depressão, fragilidade, necessidade

de cuidador, telefones, data de nascimento, número do prontuário, possibilidade de locomoção, endereço, medicamentos em uso, entre outros.

O acolhimento se dará com a alocação das agendas para o atendimento específico para idosos. Inicialmente, com um turno por semana para cada equipe. A fim de realizar completamente as ações necessárias para a saúde do idoso, o número de usuários ficará em cinco em cada equipe, totalizando 10 consultas programadas de idosos por semana. As fichas normais não são programadas, mas os idosos continuarão sendo programados, tendo um turno específico para seu atendimento. Haverá também uma acomodação ao longo da semana para o atendimento a idosos faltosos, oriundos de busca domiciliar ou com maior prioridade como casos de urgência, idosos fragilizados e com risco de morbimortalidade ao longo da semana. Um problema será o fato de que, em dezembro, o médico desta equipe entrará em férias por um mês, reduzindo à metade os atendimentos. A marcação das consultas será, principalmente, através das ACSs.

Para viabilizar as ações de acolhimento, houve a exclusão do turno das receitas, permitindo a adição de um turno para atendimento. Neste turno, as equipes se organizam para o atendimento, sendo que a enfermagem, a medicina e a odontologia organizar-se-ão para trabalhar conjuntamente naquele turno para idosos. Através de uma reunião técnica foi definida a nova agenda e a forma de organizar-se, exceto pela dentista substituta, que não participa da reunião. Dessa forma, o idoso receberá o atendimento de enfermagem, o atendimento médico e a avaliação odontológica no mesmo dia.

A sensibilização da comunidade começa com a sensibilização dos profissionais. Isso será foco na capacitação que será realizada, explicando o porquê da existência do Programa de Saúde do Idoso. Em visitas das ACSs e em cada contato que o idoso tiver com a UBS, serão fornecidas informações sobre o programa. Serão distribuídos panfletos informativos sobre o programa com detalhes, pois a transmissão por escrito é um adicional para a verbal. As ações de informação também serão dadas a pessoas não idosas, pois estas podem conhecer idosos e transmitir as informações.

O monitoramento de todas as fichas espelho ocorrerá, no mínimo, mensalmente pelo médico e enfermeira. As ACSs serão orientadas a entregar semanalmente a lista de idosos novos que cadastraram no programa, com os dados que elas podem preencher. Aos profissionais que atendem os idosos, será

incumbida a tarefa de preencher a ficha espelho, o prontuário e uma tabela sobre dados do atendimento. As tabelas serão unificadas com frequência mínima mensal e máxima semanal através do banco de dados de cadastro e de atendimentos pelo responsável por tais bancos de dados, que serei eu. Serão criados, inicialmente, dois bancos de dados através de planilhas em Microsoft Excel: cadastro geral e registro de atendimentos que serão alimentados a partir dos dados das fichas espelho.

Utilizando a linguagem SQL e as planilhas de coleta de dados fornecidas pela Especialização em Saúde da Família, serão criadas consultas aos bancos de dados que informarão dados estatísticos gerais (percentual de hipertensos, acamados, etc.), dados específicos (lista de acamados ou com problemas de locomoção, lista de idosos de cada equipe, lista de idosos de cada ACSs, lista de idosos com fragilização, lista de idosos com alto risco de morbimortalidade, etc.) e sistemas de alerta (lista de idosos acamados ou com problemas de locomoção que não receberam visita domiciliar, lista de idosos com exames em atraso, lista de idosos sem Carteira do Idoso, lista de idosos sem Avaliação Multidimensional rápida em dia, lista de idosos faltosos que não receberam busca, etc.) e gerar relatórios que nortearão as ações de intervenção.

Haverá um monitoramento das fichas espelho dos usuários atendidos em cada semana, informação que será obtida pelos formulários preenchidos pelos profissionais. Os dados dos formulários serão colocados no banco de dados de atendimentos e o banco de dados de cadastro destes usuários será atualizado concomitantemente, com efeito automático sobre os sistemas de alerta, estatísticas gerais e listas específicas mencionadas no parágrafo anterior, pois as consultas em SQL são dinâmicas. Destarte, ter-se-á uma sincronia entre os dados eletrônicos e das fichas espelho. Será realizada uma revisão complementar mensal das fichas espelho dos usuários cuja última revisão tarda mais de 30 dias. Essa informação será possível obter com celeridade através de duas variáveis no banco de dados de cadastro geral: data da atualização e tempo decorrido (em dias) da última atualização, sendo listadas em sistema de alerta, os usuários cuja última revisão foi realizada há mais de 30 dias.

Outrossim, haverá a avaliação quando das consultas pelo médico da necessidade de encaminhamento para as odontólogas. Em uma das equipes, os idosos no mesmo dia já serão avaliados pela dentista. Na outra equipe, como a

dentista está afastada e a substituta exerce menos carga horária para atender a demanda, isso não ocorrerá (até porque no turno programado para atendimento de idosos desta equipe, esta dentista não está).

Ainda, haverá ações de promoção à saúde, consistentes em dar orientações quando de cada contato com o usuário e realizar palestras educativas e participativas para as quais poderão ser buscados palestrantes de fora da UBS Barro Duro e divulgar-se-á e realizar-se-á convite de participação a toda a população, de modo que sejam proveitosas ao máximo possível.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção em saúde do idoso na UBS Barro Duro ocorreu no período de 16/03/2015 a 29/05/2015, totalizando doze semanas. O projeto inicial previa intervenção por dezesseis semanas, sendo necessária a alteração para doze semanas. Isso porque, em função das férias, em alguns casos por dificuldades da logística de transporte, teve-se afastamento de alguns discentes até por sessenta dias, gerando a necessidade do encurtamento da intervenção, a fim de ajustar a situação ao calendário estabelecido com a universidade.

Previamente à intervenção, projetaram-se ações, objetivos, metas, estratégias, logística, cronograma, entre outros, em prol da saúde do idoso.

Quando aconteceu a intervenção, teve-se a prática de tudo isso, o que para mim é especialíssimo. Reservado o caráter essencial do planejamento, durante o período da intervenção efetivamente teve-se a oportunidade de melhorar a vida dos idosos, bem como verificar a possibilidade de execução do planejamento.

Durante a intervenção, deparou-se com facilidades, dificuldades, confirmações, refutações, surpresas, êxitos, fracassos, superações, sujeições, os quais se demonstram em sua totalidade importantes para o processo de aprendizagem, pesquisa e evolução.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram plenamente desenvolvidas, ressaltando-se, entretanto, que, apesar disso, algumas poucas metas não tiveram seus patamares projetados atingidos. Há ações que merecem destaque.

A primeira delas diz respeito ao cadastramento dos idosos no Programa Saúde do Idoso, primordial ao início de todas as demais ações previstas no programa. As facilidades encontradas foram alto nível de preocupação para a saúde do grupo em questão, definição de dias e turnos específicos para atendimento aos idosos, agendamento das consultas, agendamento das consultas com hora certa,

desnecessidade dos idosos esperar em filas, distribuição de medicamentos a serem utilizados no tratamento, preferência pela prescrição de medicamentos que podem ser obtidos gratuitamente ou com custo reduzido, conhecimento do idoso da existência de um programa que visava atendê-lo plenamente e com qualidade em todos os aspectos. Por sua vez, teve-se como dificuldades feriados, greve dos rodoviários, inverno, chuvas, número de medicamentos disponíveis na UBS Barro Duro e nas farmácias ligadas ao governo federal bastante aquém do necessário para o pleno tratamento, falta de veículo para as visitas domiciliares, pouco tempo de intervenção, desfalque da equipe por motivo de férias e doença, número de profissionais para atender a população aquém do que é preconizado pelo MS como parâmetro ideal para atenção à saúde, o aparecimento de urgências quando do atendimento aos idosos, o agendamento de usuários não idosos para os turnos que deveriam ser dedicados ao atendimento exclusivo de idosos, a UBS Barro Duro trabalhar com uma série de outras estratégias para atender plenamente à comunidade.

Ademais, realizou-se a Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual nos idosos acompanhados pela unidade de saúde, a qual é capaz de identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional e consequentemente acarretar tratamento e melhora da qualidade de vida dos idosos, os quais têm como maior temor a dependência. Teve-se como facilitador a instituição da ficha espelho, com dados a serem preenchidos, dentre os quais os relativos à anamnese da Avaliação Multidimensional Rápida, de modo que à anamnese era plenamente lembrada e tinha o seu registro facilitado ao somente ser necessário registrar quando da consulta os resultados, e não as perguntas e os resultados. Por sua vez, teve-se como dificuldades a necessidade de buscar recursos ainda não disponíveis na UBS Barro Duro, como a tabela Snellen; e às inerentes à anamnese, por exemplo, ausência de objetividade pelos usuários quando das respostas.

Realizou-se exame clínico apropriado nas consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação de pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos, essencial à identificação de descompensações da saúde e consequente inibição ou diminuição de danos. Teve-se como facilidade a especial colaboração do grupo em questão. Todavia, houve dificuldade quando do atendimento de alguns idosos, que inicialmente preferiram não retirar os calçados, quer seja por comodidade ou pudor, o que foi facilmente superado quando se explicou o quão comum é o exame e/ou a importância do exame para a saúde.

Realizou-se a solicitação de exames complementares periódicos para os idosos hipertensos e/ou diabéticos. Teve-se como dificuldade o retorno dos exames, os quais demoram a ser realizados na rede pública. Além do mais, a má visão que paira sobre a saúde pública, o que faz com que alguns usuários acreditem que será difícil a obtenção dos exames e não os busquem. Durante as consultas alguns usuários chegam a perguntar da necessidade de realmente realizarem os exames, prevendo que encontrarão dificuldades para a realização. Diante disso, tenho como praxe, independentemente de questionamentos, alertar da necessidade de efetivamente serem realizados os exames.

Priorizou-se a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos, os quais são direito do cidadão e muitas vezes peremptórios à execução do tratamento. Como facilitador teve-se a ampla divulgação do governo federal de quais são os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular. Como limitador, a desinformação das pessoas acerca do motivo pelos quais os medicamentos têm menor custo para si com a consequente cultura de que os medicamentos em questão não têm a mesma perspicácia de outros; a falta dos medicamentos em questão apesar da previsão de disponibilidade.

Cadastrou-se idosos acamados ou com problemas de locomoção no Programa Saúde idoso, a fim de propiciar a realização de visita domiciliar e acesso aos serviços de saúde a quem está impossibilitado de se locomover e na maioria das vezes precisando mais de acesso a tais serviços do que quem não está nessa condição. Como facilitador teve-se que as ACSs já haviam iniciado o processo de cadastramento das famílias da sua microárea e quando deste cadastramento é colhida a informação sobre a condição de acamado ou com problemas de locomoção e de pessoa idosa de algum membro da família; que algumas ACSs usam de automóvel próprio para comparecimento às moradias chegando mais rapidamente nas moradias e indo em maior número delas. Como limitadores teve-se muitas ACSs ainda no processo de cadastramento das famílias de suas respectivas microáreas; o número de ACSs baixo em relação ao número de habitantes; as poucas semanas para cumprimento da meta; a inexistência de veículos fornecidos pela UBS; o clima chuvoso do inverno da região; os feriados coincidentes com as semanas da intervenção; o afastamento da área atendida pela UBS Barro Duro do Centro da cidade, que faz com que quando os moradores saem de casa demorem a voltar e seja comum não haver moradores em casa para atender as agentes de saúde.

Realizou-se visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, propiciando ou facilitando o acesso aos serviços por tais usuários. Teve-se como facilitador o baixo número de usuários acamados cadastrados, a reserva de dia específico para isso, o trabalho ser realizado fora da UBS de modo que não há como atendimentos urgentes – os quais ficam a cargo do outro médico que ficou na UBS - interromperem o desenvolvimento do trabalho, a ótima receptividade das pessoas visitadas que inclusive geralmente ofereciam café. Teve-se como dificuldade a prática corriqueira de outros moradores do lar visitado solicitarem atendimento às suas próprias demandas e até mesmo de familiares ausentes, a UBS Barro Duro não fornecer veículos para as visitas.

Rastreou-se os idosos para HAS. Teve-se como facilidade a familiaridade dos usuários para com os testes e como dificuldade a escassez de aparelhos medidores de pressão.

Rastreou-se os idosos com HAS ou PA sustentada acima de 135/80 mmHg para DM. Teve-se como facilidade a implantação das fichas espelho, através das quais se pôde verificar quais os exames já foram realizados e quando. Como dificuldade teve-se as inerentes aos exames a serem realizados fora da unidade de atendimento, tais como, demora e ausência de retorno dos exames; a limitação de fitas para realização de hemoglicotestes, as quais, não obstante pedidos em sentido diferente, são remetidas periodicamente à UBS em quantidade baixa, de modo que somente é possível usá-las em diabéticos que procuram a unidade com sintomatologia.

Avaliou-se a necessidade de atendimento odontológico nos idosos. Encontrou-se como facilidade o interesse da maioria dos idosos. De outro lado, encontrou-se de dificuldade o receio do encontro com o dentista de alguns idosos, realização da abordagem adequada tendo em vista que a ausência de saúde nos dentes é algo que constrange as pessoas.

Realizou-se ou programou-se a primeira consulta odontológica dos idosos quando constatada a necessidade da referida consulta. Teve-se de facilidade o interesse e a disponibilidade dos idosos; coincidência do dia e turno reservado para atendimento médico e de enfermagem aos idosos com os dias e turnos em que a dentista da equipe está na unidade. Por outro lado, teve-se de dificuldade o quadro limitado de dentistas, tendo em vista que somente trabalham na UBS Barro Duro duas dentistas e apenas uma trabalha 40 horas, a outra trabalha 20 horas em caráter de substituição à dentista da UBS Barro Duro que está afastada (o quadro habitual de dentistas é formado por dois

dentistas que trabalham 40h); não coincidência em uma das equipes do dia e turno reservado para atendimento médico e de enfermagem aos idosos com os dias e turnos em que a dentista da equipe está na unidade; o tempo da intervenção; a agenda das dentistas já estarem repletas de atendimentos agendados quando do início da intervenção.

Buscou-se ativamente os idosos faltosos às consultas, importante para estabelecer um vínculo de compromisso mútuo dos profissionais e população para com a saúde desta. Teve-se como facilidade a anotação imediata dos idosos que deixaram de comparecer às consultas, evitando esquecimento ou falha na anotação; registro quando do agendamento das consultas de diversos dados para contato dos idosos, tais como, mais de um número de telefone, endereço; os endereços dos idosos serem próximos à UBS; relatório semanal dos idosos que faltaram às consultas, de modo a não acumular muito trabalho de busca; a busca rápida pelos idosos faltantes, de modo a não haver tempo dos idosos mudarem seus dados para contato; o número baixo de faltas às consultas do grupo em questão. Por sua vez, teve-se de dificuldade o constrangimento de idosos que faltaram às consultas para com a equipe e o desinteresse de alguns idosos.

Implantou-se planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Teve-se como facilidade a confecção da ficha espelho (adaptou-se as fornecidas pela Especialização em Saúde da Família da UFPel) na qual constam os dados a serem anotados do usuário quando da consulta, servindo a ficha espelho para armazenagem e lembrete dos dados a serem anotados; a criação de fichário para armazenamento das fichas espelho, de modo que facilitou a busca pelos dados já registrados dos idosos. Teve-se como dificuldade a necessidade de criar um modo de registro até então não existente na UBS Barro Duro.

Distribuiu-se a Caderneta da Pessoa Idosa. Teve-se como facilidade a disponibilização à UBS de Caderneta da Pessoa Idosa em número suficiente à demanda e como dificuldade a perda da caderneta por alguns idosos.

Rastreou-se fatores de risco de morbimortalidade, presença de indicadores de fragilização da velhice, rede social dos idosos, de modo que se possa atender especialmente àqueles para quem o atendimento tende a ter maior impacto, sendo muitas vezes peremptório na qualidade e até mesmo manutenção de suas vidas. Teve-se como facilidade as ações ser realizadas em mais de um momento, quando dos cadastros e quando das consultas; a sinceridade dos idosos. Teve-se como dificuldade a

amplitude das hipóteses de risco de morbimortalidade e fragilização na velhice; a subjetividade envolvida na avaliação da rede social dos idosos.

Orientou-se os idosos para hábitos alimentares saudáveis, para atividade regular de atividade física, sobre higiene bucal (inclusive prótese), sendo as orientações mister à promoção da saúde, atendendo a atenção básica à função de não somente tratar da patologia já instalada, mas prevenir patologias, evitando o sofrimento dos usuários, além de repercutir em vantagens econômicas, entre outras, para a sociedade. Teve-se como facilidade o interesse dos idosos e como dificuldade a compreensão de alguns idosos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas. Excepcionalmente, algumas metas não foram cumpridas em sua plenitude.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não foram encontradas grandes dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores. Isso porque houve um planejamento prévio à intervenção acerca de como essa ocorreria. O acesso ao público alvo da intervenção somente ocorreu após a definição de quais dados seriam coletados do público e de que forma. Previamente ao contato com os usuários, definiu-se quais os dados tinham de ser registrados; definiu-se que os dados deveriam ser armazenados em fichas espelho e montou-se as mesmas, nas quais se atribuiu uma forma de referência aos dados deixando-se espaço ao lado da referência para preenchimento dos resultados individuais dos usuários. Quando finalmente ocorreram os atendimentos, as fichas espelho foram utilizadas quando de cada um, permitindo que os dados ou ações fossem imediatamente registrados e não fossem esquecidos.

Por sua vez, o processamento dos dados ocorreu semanalmente, de modo que não se acumulou muito trabalho de processamento e caso se percebesse alguma falha no processo poder-se-ia agir logo em prol da solução de maneira que a falha não perduraria por muito tempo.

Outrossim, o programa de computador da Microsoft Excel 2013, através de toda a evolução e tecnologia que lhe é inerente, permitiu a exposição clara dos dados e o cálculo dos indicadores automaticamente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O mais interessante de todo o projeto em prol do Programa de Saúde do Idoso é a viabilidade da continuidade da ação programática como rotina da UBS Barro Duro. Conforme narrado, foi possível a implantação do projeto, e os resultados foram muito satisfatórios. O público idoso demonstrou-se feliz ao ter um programa especialmente para si, bem como o público que não foi alvo da intervenção também se contentou com ela. A intervenção despertou maior interesse dos idosos da área da UBS Barro Duro pelos cuidados para com a sua saúde, bem como pôde atendê-los melhor, o que é peremptório nos cuidados para com a saúde do idoso. O melhor atendimento incluiu não somente qualificação técnica, mas organizacional e humana da equipe, aspectos estes que também são amplamente considerados pela população no tocante ao contentamento para com as instituições provedoras de saúde e retorno a estas. Como melhorias, impõe-se a intensificação de todas as atividades propostas, especialmente, aquelas cujas metas não foram atingidas. Por sua vez, como inovação, pretende-se a criação de grupo de idosos que melhore a rede social destes (durante a intervenção não foi efetivado o grupo de idosos com o fito de palestras, reuniões, outras atividades que promovam a saúde, apenas sendo eventualmente realizadas palestras e reuniões que contaram com a participação de idosos).

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso foi realizada na UBS Barro Duro no município de Pelotas, abrangendo a população para a qual a UBS tem competência prevista de atendimento com preenchimento do requisito ser idoso (assim consideradas as pessoas com sessenta anos ou mais). Do total de 9930 habitantes da área adstrita à UBS, estima-se que 10% sejam idosos, correspondendo a população sujeita à intervenção 993 idosos, conforme registros do SIAB, no período de 16/03/2015 a 29/05/2015.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

A primeira meta consistiu em ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso na área da unidade de saúde para 60%. Durante a intervenção, visava-se atender 596 idosos de um total de 993. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 32 idosos, correspondendo a 3,2%. Após dois meses de intervenção, obteve-se o somatório de 80 idosos atendidos, correspondendo a 8% do total de idosos. Por fim, com o terceiro mês da intervenção, somou-se 159 idosos atendidos, correspondendo a 16% do total (Figura 1). Conforme se verifica, considerando os meses, durante a intervenção, houve aumento gradual do número mensal de atendimentos. Percebendo-se que a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da unidade desenvolvia-se aquém da meta, intensificavam-se os trabalhos para atingi-la. Infelizmente, inobstante os esforços empreendidos para tanto, a meta de cobertura não pôde ser atingida. Houve frustração, no entanto, estava-se consciente, quando estipulada a meta, de que se tratava de uma meta bastante

otimista e, inobstante o término da intervenção, as ações em prol do cumprimento e sobrepujo da meta de cobertura podem e seguirão ocorrendo na UBS Barro Duro.

As ações que mais ajudaram na ampliação da cobertura da atenção à saúde do idoso foram a implantação e a divulgação do programa especialmente destinado aos usuários idosos, o que agradou muito ao referido público. A implantação e a divulgação da intervenção voltada a melhorar as condições da saúde dos idosos demonstraram-se importantes, na medida em que se percebe que as pessoas têm em mente o acesso à saúde como algo difícil, demorado, desgastante, o que leva à diminuição da busca por consultas preventivas e até mesmo para tratar patologias já consolidadas. Assim sendo, a conscientização da população, através das reuniões com a comunidade ou das outras oportunidades de contato com esta, acerca da importância de buscar o acesso à saúde, independentemente das dificuldades, e que é somente através da busca incessante que a qualidade do acesso vai melhorar, é algo importante a ser buscado e melhorado no período seguinte à intervenção.

Outrossim, demonstraram-se importantes para ampliação da cobertura da atenção ao idoso ações que otimizem o tempo, de modo a melhorar o número de pessoas atendidas e a qualidade desse atendimento, dentre tais ações a organização dos registros dos idosos. Isso porque se nota que existe número de profissionais aquém do que o adequado a atender à população abrangida pela UBS Barro Duro. Para o fim de melhorar a organização dos registros e a otimização do tempo uma das medidas que se busca, através de reivindicação, é a informatização, com a utilização dos mecanismos de armazenamento, programação, manuseio eletrônicos.

Por outro lado, houve uma série de dificuldades, que impossibilitaram o cumprimento da meta. Foram elas tempo da intervenção, a qual inicialmente tinha previsão de duração de 16 semanas, as quais, em função de férias e dificuldades de transporte tiveram de ser reduzidas para 12 semanas; feriados durante o período da intervenção; greve dos rodoviários, inverno, chuvas, o que acarretou algumas abstenções às consultas agendadas, o que se buscou melhorar através da conscientização da população da importância de não faltar às consultas para si e para o coletivo; falta de veículo para as visitas domiciliares, o que se reivindica, mas com a clareza de que há outras prioridades; desfalque da equipe por motivo de férias e doença; número de profissionais para atender a população menor do que o

preconizado pelo MS; o aparecimento de urgências quando do atendimento aos idosos; o agendamento de usuários não idosos para os turnos que deveriam ser destinados ao atendimento exclusivo de idosos, o que foi retificado durante a intervenção; adequação a mudanças na UBS Barro Duro que ocorriam durante a intervenção. E, principalmente, a USB Barro Duro trabalhar com uma série de outras ações estratégicas para atender plenamente à comunidade, de modo que os profissionais tinham de dedicar-se a diversos outros trabalhos durante o período da intervenção, tais como, renovação de receitas, pré-natal, visita domiciliar, reunião de equipe, pré-natal e puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, saúde da criança, hipertensão e diabetes.

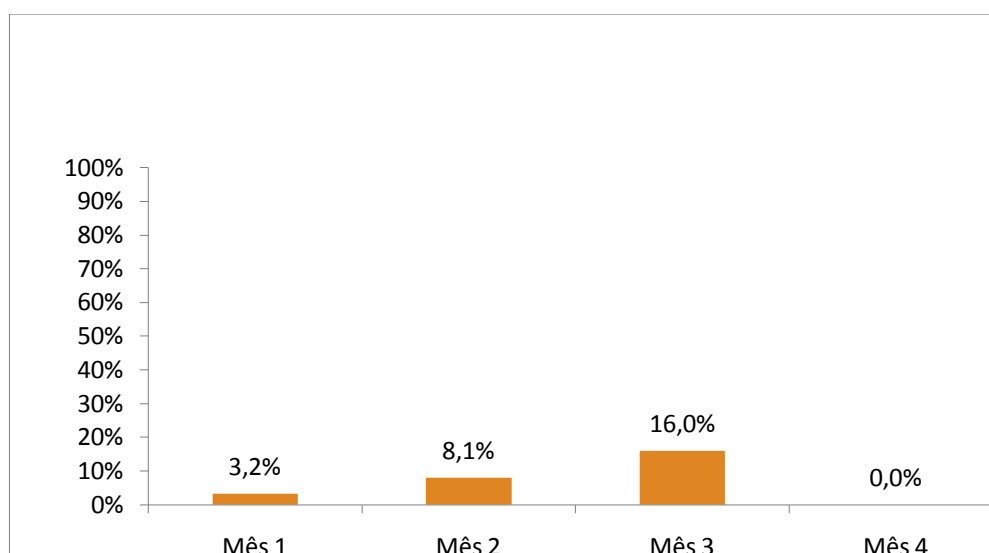


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Barro Duro. Pelotas, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em 100% desses, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. Ou seja, cumpriu-se a meta.

Para atingir tal resultado, foi importante buscar recursos necessários à realização da Avaliação Multidimensional Rápida até então não disponíveis na UBS

Barro Duro, como a tabela Snellen. Instituir ficha espelho, com dados a serem preenchidos, dentre os quais os relativos à anamnese da Avaliação Multidimensional Rápida, de modo que à anamnese da Avaliação Multidimensional Rápida era plenamente lembrada e tinha o seu registro facilitado ao somente ser necessário registrar quando da consulta os resultados, e não as perguntas e os resultados. Como seguimento e aperfeiçoamento desse trabalho, caberá o monitoramento da realização da Avaliação Multidimensional Rápida, através das fichas espelhos, e busca proativa se for o caso, a fim de que a Avaliação Multidimensional Rápida seja realizada ao menos anualmente em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde Barro Duro.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível a realização de exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos. Ou seja, cumpriu-se a meta.

Fatores que auxiliaram na obtenção desse resultado positivo foram a especial colaboração do público em questão; monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, através das fichas espelho instituídas. Também, capacitação da equipe, pactuando-se nas duas equipes a realização dos exames clínicos, protocolos e escalas recomendadas pelo MS. Ainda, definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos: a medição de PA foi realizada pela técnica em enfermagem; o exame clínico, incluindo a segunda medição de PA, pelo médico; à equipe de enfermagem, também coube a pesagem, medição do perímetro braquial e acolhimento que direcionasse a anamnese posterior.

Como seguimento e aperfeiçoamento desse trabalho, caberá o monitoramento da realização exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos, através das fichas espelhos, e busca proativa se for o caso. Teve-se como dificuldade para o cumprimento da meta idosos que quando das

consultas preferiam não retirar os calçados, quer seja por comodidade ou pudor, o que foi facilmente superado quando se explicou do quão comum é o exame e/ou da importância do exame para a saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível a realização da solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, ou seja, cumpriu-se a meta.

Fatores facilitadores para o cumprimento dessa meta foram que, por meio da implantação da ficha espelho, passou-se a monitorar de modo perspicaz os idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados. Estabeleceu-se sistema de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, consistente em verificar, através dos fichários, os idosos cujos exames preconizados datam de mais tempo do que o correto e marcar como um alerta, a fim de que seja feita busca proativa desses idosos, devendo ocorrer a parte da verificação e busca proativa no período seguinte à intervenção, já que durante esta não houve tempo suficiente para tanto.

Teve-se como dificuldade a questão do retorno dos exames, os quais demoram a ser realizados na rede pública. Além do mais, a má visão que paira sobre a saúde pública, o que faz com que alguns usuários acreditem que será difícil a obtenção dos exames e sintam-se desestimulados a buscar realizá-los. Durante as consultas alguns usuários chegam a perguntar da necessidade de realmente fazerem os exames, prevendo que encontrarão dificuldades para a realização. Diante disso, adotou-se na UBS como praxe, independentemente de questionamentos, alertar da necessidade de efetivamente serem realizados os exames.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, cumprindo-se a meta.

Como facilitador teve-se a ampla divulgação do governo federal de quais são os medicamentos oferecidos pela Farmácia Popular. Como limitador, a desinformação das pessoas acerca do motivo pelos quais tais medicamentos não têm custo ou têm menor custo para si com a consequente cultura de que os medicamentos em questão não tem a mesma perspicácia de outros; a falta dos medicamentos em questão apesar da previsão de disponibilidade. Prevê-se de melhoria nesse item o atendimento das reivindicações de envio de determinados medicamentos à UBS Barro Duro e o prosseguimento destas reivindicações periodicamente até obtenção dos objetivos pretendidos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Estima-se que 8% do total da população idosa pertencente à área da UBS, ou seja, 79 sejam idosos acamados ou com problemas de locomoção, conforme registros do SIAB. Assim sendo, durante a intervenção, visava-se atender e consequentemente cadastrar 79 idosos acamados ou com problemas de locomoção. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 5 idosos acamados ou com problemas de locomoção, correspondendo a 6,3% da meta. Por sua vez, no segundo mês da intervenção, obteve-se o somatório de 12 idosos acamados ou com problemas de locomoção atendidos, correspondendo a 15,2% da meta. Por fim, no terceiro mês da intervenção, somou-se 24 idosos acamados ou com problemas de locomoção atendidos, correspondendo a 30,4% da meta (Figura 2). Conforme se verifica, considerando os meses, durante a intervenção, houve aumento gradual do número mensal de atendimentos. Verificando-se que os atendimentos a idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de cobertura da UBS Barro Duro desenvolvia-se aquém da meta, intensificou-se os trabalhos para atingi-la. Infelizmente, inobstante os esforços empreendidos, a meta de cobertura não pôde ser atingida. No entanto, as ações em favor do atingimento da meta prosseguirão.

Como aspecto facilitador teve-se que as ACSs já haviam iniciado o processo de cadastramento das pessoas da sua microárea. Teve-se como dificuldade a necessidade de bastante tempo para consumação de cada visita domiciliar; o compromisso com outras demandas da UBS; muitas ACSs ainda estarem no processo de cadastramento das famílias de suas respectivas microáreas; o número de ACSs baixo em relação ao número de habitantes; as poucas semanas para cumprimento da meta; a inexistência de veículos fornecidos pela UBS; ao clima

chuvoso do inverno da região; os feriados coincidentes com as semanas da intervenção; o afastamento da área atendida pela UBS Barro Duro do Centro da cidade, que faz com que quando os moradores saem de casa demorem a voltar e seja comum não haver moradores em casa para atender as agentes de saúde.

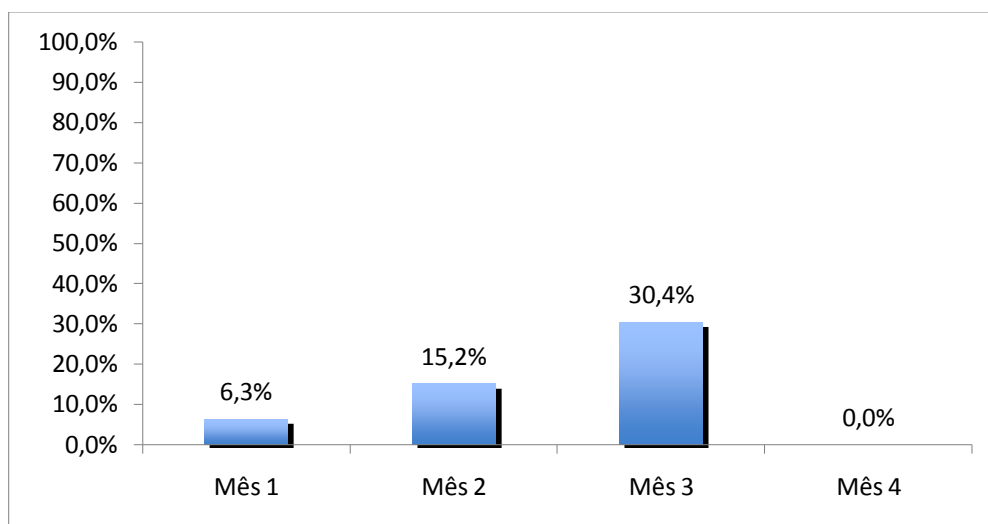


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde Barro Duro. Pelotas, 2015.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Foi realizada visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde do Idoso. No primeiro mês da intervenção foram visitados 5 idosos acamados ou com problemas de locomoção. No segundo mês da intervenção, obteve-se o somatório de 12 idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados. No terceiro mês da intervenção, somou-se 24 idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados.

Teve-se como facilitadores a reserva de dia específico para visitas domiciliares, o trabalho ser realizado fora da UBS de modo que não há como atendimentos urgentes – os quais ficavam a cargo do outro médico que continuava na UBS – interromper o desenvolvimento do trabalho, a ótima receptividade das pessoas visitadas que inclusive geralmente ofereciam café. Teve-se de dificuldade a prática corriqueira de outros moradores do lar visitado solicitarem atendimento às

suas próprias demandas e até mesmo às demandas de pessoas ausentes, a UBS Barro Duro não fornecer veículos para as visitas.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível o rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 100% dos idosos, ou seja, cumpriu-se a meta. Teve-se como facilidade a familiaridade dos usuários para com os testes e como dificuldade a escassez de aparelhos medidores de pressão na UBS Barro Duro.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível o rastreamento de 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM), ou seja, cumpriu-se a meta.

Como dificuldade teve-se as inerentes aos exames a serem realizados fora da unidade de atendimento, tais como, demora e ausência de retorno dos exames; a limitação de fitas para realização de hemoglicotestes, as quais, não obstante pedidos em sentido diferente, são remetidas periodicamente à UBS em quantidade baixa, de modo que somente é possível usá-las em diabéticos que procuram a unidade com sintomatologia.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Foram avaliados 32 idosos no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo possível a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, cumprindo-se a meta. Foram facilitadoras da avaliação da necessidade de atendimento odontológico a criação das fichas espelhos com a inclusão de um item relativo à referida avaliação, bem como o interesse na avaliação pelos idosos. De outro lado, encontrou-se de dificuldade o receio do encontro com o dentista de

alguns idosos, a realização da abordagem adequada tendo em vista que a ausência de saúde nos dentes é algo que constrange as pessoas.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

No primeiro mês da intervenção foi realizada a primeira consulta odontológica em 18 idosos, correspondentes a 56,3% do total de idosos atendidos durante o primeiro mês da intervenção e que tiveram avaliação odontológica. No decorrer dos dois primeiros meses da intervenção foi realizada a primeira consulta odontológica em 66 idosos, correspondentes a 82,5% do total atendidos durante os dois primeiros meses da intervenção e que tiveram avaliação odontológica. Por fim, no decorrer dos três meses da intervenção foi realizada a primeira consulta odontológica em 138 idosos, correspondentes a 86,8% do total atendidos durante a intervenção e que tiveram avaliação odontológica (Figura 3), ou seja, não se cumpriu a meta.

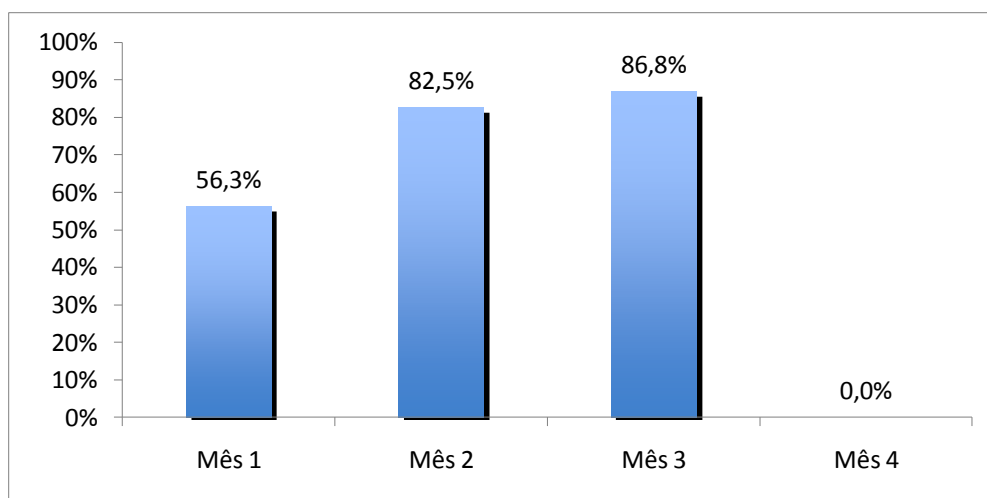


Figura 3: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Barro Duro. Pelotas, 2015.

Após análise da necessidade de atendimento odontológico, constatou-se que alguns idosos não precisavam desse atendimento, razão pela qual não houve primeira consulta odontológica para os mesmos. Assim, o déficit no percentual da meta não corresponde ao déficit de idosos que demandou atendimento odontológico e não conseguiu realizar a primeira consulta ainda durante o período da intervenção. Portanto, o número e o percentual reais de pessoas que demandaram atendimento odontológico e não puderam realizar a primeira consulta odontológica no período da

intervenção são menores do que os que apareceram nas tabelas e gráficos trabalhados.

Entretanto, relata-se que não foi possível propiciar a consulta odontológica a todos os idosos que necessitaram de tal atendimento. Isso porque se teve o quadro limitado de dentistas, tendo em vista que somente trabalham na UBS Barro Duro duas dentistas e apenas uma trabalha 40 horas, a outra trabalha 20 horas em caráter de substituição à dentista da UBS Barro Duro que está afastada; o curto tempo da intervenção; a agenda das dentistas já estarem repletas de atendimentos agendados quando do início da intervenção também interferiram nos resultados. Por outro lado, teve-se como facilidade o interesse e a disponibilidade dos idosos; a coincidência em uma das equipes do dia e turno específico para atendimento médico, de enfermagem e odontológico dos idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Do total de idosos atendidos, no primeiro mês nenhum faltou à consulta programada. No decorrer dos dois primeiros meses, 2 idosos haviam faltado à consulta programada, sendo realizada busca ativa deles e aprazada nova consulta para logo, na qual compareceram, mostrando-se efetiva a busca ativa. Ao final dos três meses de intervenção, teve-se um total de 5 idosos faltosos às consultas, conseguindo-se realizar busca ativa com êxito em 100% dos casos, ou seja, cumpriu-se a meta.

Deve-se salientar que o principal motivo para o bom resultado foi a colaboração do grupo em questão, o qual consuetudinariamente não falta às consultas, quando falta procura a UBS para justificar, bem como demonstra-se satisfeito quando procurado pela equipe gerando estímulo aos profissionais.

Teve-se como dificuldade o constrangimento de idosos que faltaram às consultas para com a equipe e o desinteresse de alguns idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo realizado registro específico de 100% destes idosos, cumprindo-se a meta.

As ações que facilitaram o resultado do indicador foram implantar fichas espelho, a serem armazenadas em um fichário específico para os idosos, também ora incorporado à UBS, em ordem alfabética, com uma síntese sobre a condição de saúde do idoso, listando a presença de doenças crônicas, medicações em uso e outras informações relevantes. Teve-se como dificuldade a necessidade de criar um modo de registro até então não existente na UBS Barro Duro.

Meta 4.2. Distribuir a caderneta da pessoa idosa para 100% dos idosos cadastrados

A meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. Dos 159 idosos atendidos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, a caderneta da pessoa idosa foi distribuída para 100% dos idosos cadastrados. Foram responsáveis pelo bom indicador a solicitação da Carteira da Pessoa Idosa aos gestores municipais; o envio das carteiras em número suficiente; orientação à comunidade sobre a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; monitoramento da entrega das carteiras às pessoas idosas.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para os riscos de morbimortalidade

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo rastreados para o risco de morbimortalidade 100% desses, ou seja, cumpriu-se a meta. Teve-se como facilidade a ação ser realizada em mais de um momento, quando dos cadastros, das consultas médicas, das visitas domiciliares, e como dificuldade a amplitude das hipóteses de risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo investigada a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% desses, ou seja, cumpriu-se a meta. Teve-se como facilidade a ação ser realizada em mais de um momento, quando dos cadastros, das consultas, das

visitas domiciliares, e como dificuldade a amplitude das hipóteses de indicadores de fragilização na velhice.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo avaliada a rede social de 100% desses, ou seja, cumpriu-se a meta. As ações que facilitaram o bom percentual do indicador foram a análise da rede social dos idosos ter sido realizada por todos os membros da equipe e em diversos momentos do contato com os idosos, bem como a qualificação da equipe para tanto. Teve-se, ainda, como facilidade a sinceridade da maioria dos idosos. Teve de dificuldade o receio de fala de alguns idosos, a subjetividade envolvida na avaliação.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos

Meta 6.2. Garantir orientação para prática regular de atividade física a 100% dos idosos

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (inclusive prótese) a 100% dos idosos cadastrados

Foram atendidos 159 idosos durante a intervenção, 32 no primeiro mês, 80 ao longo dos dois primeiros meses e 159 ao longo dos três meses que perdurou a intervenção, sendo garantida orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para prática regular de atividade física e sobre higiene bucal (inclusive próteses) a 100% desses, ou seja, cumpriram-se as metas. Teve-se como facilidade o interesse e a compreensão dos idosos pelo assunto em questão. Não tivemos dificuldades para o cumprimento destas metas, visto que foram aproveitados os diferentes espaços e situações para a realização das mesmas, durante as visitas domiciliares, durante as consultas clínicas e em grupos.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde na qual atuo propiciou a cobertura do Programa Saúde do Idoso de 16%. Propiciou também melhora na qualidade dos atendimentos, com realização da Avaliação Multidimensional Rápida conforme MS; realização do exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos

pés, com palpação de pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade para diabéticos; realização da solicitação de exames complementares periódicos em idosos hipertensos e/ou diabéticos; priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular; cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; realização de visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção; rastreamento de idosos para HAS; rastreamento de idosos com HAS ou PA sustentada acima de 135/80 mmHg para DM; realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico e da primeira consulta odontológica.

Ainda, propiciou melhora na adesão do Programa do Idoso, através da busca dos idosos faltosos às consultas programadas. Outrossim causou melhora nos registros, com manutenção de registro específico e distribuição da Caderneta da Pessoa Idosa. Também melhorou a avaliação de risco, por meio do rastreamento para risco de morbimortalidade; da investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice e da avaliação da rede social.

Por fim, melhorou a promoção à saúde, garantindo orientação para a prática regular de atividade física pelos idosos, nutricional para hábitos alimentares saudáveis para e sobre higiene bucal (incluindo higiene de prótese).

A intervenção foi importante para a equipe porque exigiu capacitação da mesma para seguir as recomendações do Ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde do idoso. Promoveu o trabalho integrado do médico, enfermeira, agentes de saúde, dentista, auxiliar de dentista nas equipes, bem como destas para com a nutricionista e assistente social que também atuam na UBS.

Dentre outras atribuições, ao médico coube o diagnóstico e prescrição, à enfermeira a coleta e registro de dados dos usuários, às agentes de saúde a integração dos idosos da área da UBS Barro Duro, à dentista e à auxiliar da dentista os cuidados para com a saúde bucal, à nutricionista orientações sobre alimentação e atividades físicas necessárias ao atingimento e/ou manutenção da saúde, à assistente social a avaliação da rede social.

Ademais, a intervenção iniciou o trabalho de ponderação dos profissionais da UBS em prol de ações que possam melhorar o trabalho para com a saúde na UBS, já que inúmeras vezes reuniram-se os profissionais para falar sobre como desenvolver o Programa de Saúde do Idoso; bem como resultou na descoberta de

várias ações que melhoram o trabalho e na colheita de bons resultados que geram estímulo ao trabalho.

Melhorou a relação da equipe com a comunidade. A população local ficou feliz com a ideia de um programa voltado ao idoso e valorizou os profissionais da UBS Barro Duro pela implantação do programa, o que também é gerador de estímulo ao trabalho.

Por óbvio, a capacitação, o trabalho integrado entre profissionais, as ponderações, as descobertas de ações em prol da saúde, o estímulo dos profissionais impactou nas outras atividades desenvolvidas pela UBS Barro Duro, como no grupo dos hipertensos e diabéticos, das gestantes, já que se pôde abstrair aprendizagens a serem usadas em outros trabalhos.

A intervenção foi importante para o serviço porque desconcentrou as atividades da UBS da pessoa do médico. A intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe, viabilizando o atendimento a um maior número de usuários. A otimização do tempo é fator importante para poder atender um número maior de pessoas e com qualidade, a qual exige que não haja pressa no atendimento. A melhora dos registros propiciou que não seja necessário anotar todos os dados do usuário toda a vez que ele comparece à unidade, ganhando-se tempo com isso. Ainda, a melhora dos registros facilitou encontrar as informações sobre os usuários, mais uma vez havendo ganho de tempo.

A classificação de riscos dos idosos tem sido crucial para definição de prioridades. Outros sim, a qualificação dos profissionais e a definição do modus operandi da UBS reduziu o número de pequenas desinformações e equívocos, os quais fazem os usuários ter demora no atendimento, ter de retornar ao serviço de saúde e até mesmo às vezes se sentirem insatisfeitos com o atendimento.

A intervenção foi importante para a comunidade porque os idosos e até mesmo outros membros da comunidade gostaram de saber que se estava trabalhando especialmente em prol da saúde dos idosos. Crê-se que a aceitação por parte de não idosos do programa deu-se porque todas as pessoas algum dia tornar-se-ão idosos e têm idosos próximos de si. Todavia, uma minoria de pessoas demonstrou-se insatisfeita com o tratamento especial dispendido aos idosos.

Os idosos são um grupo que demanda maiores cuidados de saúde e numericamente considerável na população, de modo que foi importante para a comunidade a escolha deles para tratamento especial. O surgimento e dação de

ciência à população de uma intervenção visando melhorar a saúde dos idosos foi importante para a comunidade sentir que há preocupação consigo pelo poder público e aproximar-se deste através de realização das consultas, participação em reuniões que envolvem profissionais e comunidade, exposição do seu ponto de vista através da crença de que sua opinião será considerada. No entanto, é preciso melhorar a ciência da população de que nas instituições de saúde há profissionais preocupados em atender às suas demandas, os quais seguem os princípios da Administração Pública e do SUS, na medida em que há má visão institucional da área da pelos cidadãos.

Entretanto, há o quê faria diferente se fosse realizar a intervenção nesse momento. O agendamento de consultas para não idosos nos turnos e horários destinados aos idosos foi prejudicial aos trabalhos e poderia ter sido mais rigidamente combatido. Algumas vezes houve acúmulo do trabalho de registro dos dados dos idosos, o que gerava períodos longos e desgastantes de registro, os quais dificultam a concentração do profissional e perfeição do trabalho, situação que se fosse realizar a intervenção hoje buscaria fazer diferente.

A apresentação dos resultados da intervenção, através do Trabalho de Conclusão de Curso, é de suma importância, a fim de que as conclusões possam chegar aos demais cidadãos para os quais podem ser úteis, bem como para fornecer material para novos estudos. Sendo assim, alguns dados poderiam ter sido mais bem registrados para poderem ser trazidos ao Trabalho de Conclusão de Curso, como, por exemplo, os dados relativos ao número de idosos que depois de avaliados constatou-se que necessitavam de consulta odontológica a fim de realizar o cálculo dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica também a partir deste número.

A intervenção demonstrou-se plenamente viável de ser incorporada à rotina da UBS Barro Duro, pelo que será incorporada à rotina do posto. Isso porque trouxe bons resultados, foi amplamente aceita pela população local, teve fácil adaptação e conciliação às demais atividades da UBS Barro Duro.

Como próximos passos para melhorar o atendimento ao idoso, faz-se essencial o aumento da cobertura do cadastramento dos idosos, porque é a partir daí que se tem acesso aos idosos para desenvolvimento do Programa Saúde do Idoso.

Outro passo a ser dado daqui para frente é, através dos registros, monitorar os idosos com exames com periodicidade atrasada e realizar busca ativa desses usuários. Torna-se cabível reivindicar a informatização, com a consequente exploração dos diversos recursos oferecidos por esta, tais como múltiplo acesso aos dados armazenados, *softwares* que possibilitam trabalhos automáticos e minimizam o tempo despendido pelo profissional, amplitude de material disponível a ser acessado quer seja através da rede ou arquivos constante no maquinário. Deve-se dar seguimento a todas as ações propostas, as quais se demonstraram viáveis à aplicação na UBS Barro Duro, aperfeiçoando-as, bem como seguir pesquisando ações capazes de melhorar a atenção à saúde do idoso.

5 Relatório da intervenção para gestores

Realizou-se intervenção na Unidade Básica de Saúde do Barro Duro, sendo este objeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade educação à distância da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, sobre atenção à saúde do idoso, no período de 16/03/2015 a 29/05/2015, totalizando doze semanas.

Estabeleceu-se como objetivos e metas ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%. Melhorar a qualidade dos atendimentos, com realização da Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos conforme MS; realização do exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação de pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade para diabéticos; realização da solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos; priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos; ampliação do cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área); realização de VD a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; rastreamento de 100% dos idosos para HAS; rastreamento de 100% dos idosos com HAS ou PA sustentada acima de 135/80 mmHg para DM; realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos; realização da primeira consulta odontológica em 100% dos idosos. Melhorar a adesão do Programa do Idoso, através da busca de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. Melhorar os registros, com manutenção de registro específico de 100% das pessoas idosas e distribuição da Caderneta da Pessoa Idosa a 100% dos idosos. Melhorar a avaliação

de risco, por meio do rastreamento de 100% dos idosos para risco de morbimortalidade; da investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas; da avaliação da rede social de 100% dos idosos. Melhorar a promoção à saúde, garantindo orientação para a prática regular de atividade física pelos idosos, nutricional para hábitos alimentares saudáveis para e sobre higiene bucal (incluindo higiene de prótese), a 100% dos idosos.

Os resultados da intervenção foram muito satisfatórios, na medida em que praticamente todos os objetivos e metas foram plenamente cumpridos, com algumas exceções como a meta de cobertura de 60% dos idosos da área de abrangência da UBS Barro Duro, a qual se tratava de uma meta bastante otimista, sendo obtida cobertura de 16% dos idosos; a meta cadastramento de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área), sendo obtido cadastramento de 30,4% dos idosos; e a meta realização do primeiro atendimento odontológico em 100% dos idosos, sendo obtido atendimento em 86,8% dos idosos; descumprimentos que se justificam principalmente pelo pouco período de tempo que perdurou a intervenção e comprometimento da UBS com outras atividades.

A gestão pública demonstrou-se muito importante nesse trabalho. Isso porque é detentora de profissionais gabaritados, os quais acredito que foram submetidos a cuidadoso concurso ou seleção. Propiciou diálogo e reivindicações entre profissionais da saúde e gestores públicos. Atendeu diversas reivindicações da UBS Barro Duro, tais como envio de materiais, substituição de profissionais, fornecimento de dados. Entretanto, ainda há muitas reivindicações em prol da saúde a serem atendidas, principalmente, relativas à infraestrutura, dispensação de material, instrumentos de trabalho, substituição de profissionais. Na UBS Barro Duro, prioritariamente, no que atine aos materiais, não podem faltar gazes, material para sutura, os medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), fitas para glicosímetro, material para esterilização. No tocante a instrumentos de trabalho, faz-se necessária a aquisição de instrumentos básicos que não há na UBS, entre os quais lanterna, nebulizador, negatoscópio, cadeira de rodas, ou que há em quantidade insuficiente, entre os quais balanças calibradas, otoscópio, esfigmomanômetro. Em relação à infraestrutura, traz-se o conserto das goteiras.

Verificou-se que a articulação entre os profissionais da área da saúde e os que participam da gestão é de suma importância, uma vez que esta possibilita a eficácia da Administração Pública, sem que haja inexecução ou retardamento de serviços por imprecisão das competências. Todavia, entendo que ainda pode ser melhorada através de mais ampla definição e divulgação de competências de cada setor da prefeitura local.

Durante a intervenção, notei que paira e deve ser melhorada a má visão dos usuários para com os serviços de saúde. Por exemplo, quando solicito exames e até mesmo somente retorno seguidamente os usuários perguntam se isso é mesmo necessário, prevendo que encontrarão dificuldades para tanto, mesmo que não conheçam ou tenham experiência com os serviços relacionados às solicitações. Isso prejudica a população, a qual muitas vezes deixa de procurar os serviços de saúde para fins de cuidar da saúde preventiva e às vezes até mesmo das patologias já consolidadas ante o receio de ser muito difícil o acesso aos profissionais, ser ineficiente o trabalho. Assim sendo, entendo que a gestão pública tem de buscar reverter tal visão, por meio de ações corretas em prol da melhoria da saúde, tais como investimento em infraestrutura e material, e divulgação destas.

Trabalhos como este de intervenção, devem continuar sendo propiciados, através da parceria entre profissionais, gestores e população. Por sua vez, os trabalhos de pesquisa, como é o caso da intervenção, são maneiras perspicazes de contribuir não somente para com a manutenção, mas também para com a evolução da sociedade. Assim sendo, esses devem ser valorizados e estimulados. A saúde, ainda, entendo que deve ser priorizada na política ante sua essencialidade.

Deve-se trabalhar em prol da consolidação e operacionalização da proposta do SUS, a qual prevê um sistema único de saúde público organizado como uma rede regionalizada e integrada e que garante, constitucionalmente, a saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo como princípios fundamentais universalidade, integridade, equidade. Com a aliança entre profissionais da saúde, gestores públicos e a comunidade tenho certeza que a saúde pública tem muito a oferecer à população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Foi realizado um trabalho com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso no serviço de saúde do Barro Duro. Buscamos atender, no Programa Saúde do Idoso, 60% da população da área de abrangência do serviço de saúde; melhorar a qualidade dos atendimentos; melhorar a adesão, ou seja, o prosseguimento dos cuidados com saúde; melhorar os registros; melhorar a avaliação de risco, ou seja, quando o usuário apresentar características que podem levar a doenças, por exemplo, obesidade pode levar à hipertensão, solidão pode levar à depressão, avaliar se o usuário já não está acometido da doença a qual se previu que ele poderia ter; melhorar a promoção à saúde, ou seja, não somente cuidar das doenças já instaladas, como também cuidar para que não surjam as doenças.

Para obter os objetivos, executou-se uma série de ações, como destinar turno e horário para atendimento somente aos idosos, agendar as consultas inclusive com horário para não ser necessário o idoso esperar em filas, obter medicamentos a serem distribuídos quando das consultas, fazer visitas nas casas dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Os objetivos em geral foram plenamente conquistados, havendo poucas frustrações que se deram principalmente ao sanável curto período da intervenção. Obteve-se como resultados cobertura do Programa Saúde do Idoso em 16% dos 993 idosos pertencentes à área de abrangência da UBS Barro Duro, melhora da qualidade dos atendimentos, melhora da adesão dos idosos ao acompanhamento médico, melhora dos registros, melhora da avaliação de risco; melhora da promoção à saúde, garantindo orientação para prática regular de atividade física, nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre higiene bucal a 100% dos idosos. A dedicação de tempo ao estudo de ações que possam melhorar à saúde implica em diminuir o número de atendimentos temporariamente, mas posteriormente isso é compensado com a maior rapidez e qualidade do atendimento. Os idosos têm direito

a atendimento prioritário e ora passaram a ter atendimento especialmente voltado a si na UBS Barro Duro, mas com o cuidado de não implicar prejuízo para os demais usuários. Com o resultado positivo da intervenção, as ações propostas passarão a fazer parte da rotina do serviço.

Com o desenvolvimento deste trabalho, pôde-se observar o empenho dos profissionais da área da saúde em melhorar as condições de saúde da população, superando as dificuldades enfrentadas. Observou-se também que às vezes as pessoas até mesmo deixam de buscar a saúde pela ideia de que será extremamente difícil consegui-la. Todavia, a saúde é um direito do cidadão, assegurada pela Constituição da República, pelo que deve ser fortemente buscada e é somente através da insistência em buscar atendimento e da parceria entre profissionais da saúde e cidadãos que se conseguirá saúde pública qualificada.

É indispensável que a população participe nas escolhas e decisões, controle do planejamento, execução dos projetos, responsabilize-se pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Antecedeu o início do curso de Especialização em Saúde da Família expectativas de aprendizado e crescimento profissional e pessoal. Tais expectativas foram atingidas e sobrepujadas na medida em que o curso atingiu patamares de aprendizagem muito maiores do que os que pude imaginar.

A modalidade de ensino à distância foi novidade para mim, com a qual me satisfiz. A modalidade à distância demonstrou-se tão perspicaz quanto a regular na transmissão de conhecimento, e, ainda, apresentou vantagens, tais como diálogo com pessoas que estão a quilômetros de distância, flexibilidade quanto dia e horário de dedicação ao curso, possibilidade de usar tempo individual e não mediano para a realização dos estudos e das tarefas semanais, entre outras. Um dos principais temores quando se fala em educação à distância é a interatividade, todavia, com a devida exploração dos recursos tecnológicos, como ocorreu neste curso, é possível a ampla interação entre as pessoas, com a vantagem de comunicar-se com quem está a quilômetros de distância e tendência de respostas qualificadas entre os interlocutores, já que estas podem ser dadas em momento oportuno e com maior interregno de tempo para pensamento.

O curso de Especialização em Saúde da Família trouxe conteúdos didáticos, fóruns de discussão, avaliações, Trabalho de Conclusão de Curso, com excelente qualidade. Nos fóruns de discussão os especializandos puderam conversar entre si e com os orientadores, havendo troca de experiências, conhecimento, informações, ideias entre diversos profissionais.

Os conteúdos didáticos foram devidamente selecionados, todos sendo bastante enriquecedores à aprendizagem na área da saúde. Ainda, houve avaliação dos especializandos, através dos Testes de Qualificação Cognitiva, sequenciados de indicação dos erros e tarefa de escrita pelos especializandos, sobre os temas objeto

do erro dos testes, bem como por meio das orientações durante todas as tarefas propostas semanalmente, nas quais havia o *feedback* do orientador, sendo o processo de avaliação importante à percepção do quê se deve melhorar.

Por seu turno, a principal benfeitoria do curso, entendo que foi o Trabalho de Conclusão de Curso proposto. Isso porque a proposta abrangeu a definição de um foco da área da saúde a ser melhorado, tendo eu escolhido o foco saúde do idoso, pesquisa sobre como melhorá-lo, e, ainda, aplicação do projeto de intervenção na UBS onde o médico trabalha.

Com o desenvolvimento da intervenção, tive a oportunidade de não somente atender às demandas quando das consultas médicas com a melhor qualidade possível, como também de dialogar com os colegas da UBS sobre proporcionar o melhor atendimento possível à população, e administrar juntamente com a equipe da UBS um *modus operandi* que proporcionasse tal atendimento.

Foi possível o cumprimento de quase a integralidade dos objetivos e metas estabelecidos. Para tanto, todavia, foi necessário empreender consideráveis esforços. Com isso, percebeu-se que objetivos difíceis, como se demonstraram durante a intervenção os programados, podem ser atingidos. Por outro lado, em relação ao poucos objetivos e metas que não foram atingidos foi necessário lidar com a frustração. Aqui se experimentou o reconhecimento de práticas prejudiciais aos objetivos e a percepção de como as contornar.

Além do conhecimento técnico e em Medicina, a Especialização em Saúde da Família propiciou conhecimento humano, ao abranger experiência com resiliência, capacidade de receber críticas, cumprimento de regras e capacidade de agir discricionariamente, e conhecimento interdisciplinar, ao abarcar Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Administração Pública.

Durante quaisquer experiências de estudo e trabalho sempre se aprimora ou expande nosso conhecimento técnico e humano, acreditando eu este conhecimento ser tão importante quanto àquele ao desenvolvimento de qualquer ofício, principalmente, ofícios que envolvem múltiplas pessoas, como são os da área da saúde. Quando do curso de Especialização em Saúde da Família não foi diferente, havendo muita aprendizagem. Dependendo da experiência a aprendizagem será menor ou maior. A experiência de realização do Curso de Especialização em Saúde da Família classifico como de grau altíssimo de aprendizagem, já que eu trabalhava e estudava concomitantemente.

O Curso de Especialização em Saúde da Família significou para mim muita aprendizagem técnica, humana e pessoal e tais aprendizagens poderão se aplicadas em todo o restante da minha vida. Sobrepujou às minhas expectativas e deixou-me muito satisfeito.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro. Tratado de Medicina da Família e Comunidade. 1. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

IBGE – Censo 2010. Áreas de Ponderação; 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/areaponderacao/index.html>> Acesso em: 11 out. 2014.

Apêndices

Apêndice A - Ficha espelho

NOME COMPLETO:		CARTÃO SUS:		PRONT:	
DATA DE NASCIMENTO:		ENDEREÇO:		ACS:	
DATA DE INGRESSO:		TELEFONES DE CONTATO:			
NECESSITA DE CUIDADOR?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NOME DO CUIDADOR:	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm):	
ESTATURA (cm):		DEMÊNCIA?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAL? <input type="text"/>
				ÁREA:	NÚMERO:

[illegible][illegible]

FLUXOGRAMA DE EXAMES LABORATORIAIS, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, ECG E OUTROS ESPECIAIS

EXAME	DATA	EXAME	DATA	EXAME	DATA	EXAME	DATA	EXAME	DATA	EXAME	DATA

PROBLEMAS DE SAÚDE	SIM	NÃO
PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É ACAMADO(A)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSÃO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES MELLITUS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSTEOPOROSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESSÃO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRAGILIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAÚDE BUCAL			
AVALIAÇÃO DE RISCO:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
DATA DA 1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA:			
OBSERVAÇÕES:			

AVALIAÇÃO DE RISCO DE MORBIMORTALIDADE			
DATA	GRAU DE RISCO		
	BAIXO <input type="checkbox"/>	MÉDIO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
	BAIXO <input type="checkbox"/>	MÉDIO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
	BAIXO <input type="checkbox"/>	MÉDIO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>

VISITA DOMICILIAR		
NECESSITA VD?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DATA DA 1ª VD		

FALTAS E BUSCA ATIVA		
FALTOU À CONSULTA?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DATA DA BUSCA ATIVA:		

OBSERVAÇÕES:		

ITEMS DE QUALIDADE	SIM	NÃO
CADERNETA DO IDOSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACESSO À FARM. POPULAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?
de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1		0					
2		0					
3		0					
4		0					
5		0					
6		0					
7		0					
8		0					
9		0					
10		0					

[illegible][illegible]

Anexo C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Telefones de contato: _____/_____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____

Problemas de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência? () Sim () Não Se sim, qual? _____

O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]